

RICARDO AKEL

**MUDANÇA DE PARADIGMA
NA
ADMINISTRAÇÃO
DE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre.
Mestrado em Medicina Interna,
Departamento de Clínica Médica,
Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Werneck Lopes

CURITIBA
1993

RICARDO AKEL

**MUDANÇA DE PARADIGMA
NA
ADMINISTRAÇÃO
DE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Mestrado em Medicina Interna, Departamento de Clínica Médica, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela Comissão formada pelos professores:

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo Werneck Lopes
Setor de Ciências da Saúde, UFPR

Prof. Dr. Hélio Egydio Nogueira
Escola Paulista de Medicina

Prof. Dr. Ricardo Pasquini
Setor de Ciências da Saúde, UFPR

Curitiba, 1º de dezembro de 1993

Ao término de um período de decadência sobrevém o *Ponto de Mutação*. A luz poderosa que fora banida ressurgue. Há movimento mas este não é gerado pela força... O movimento é natural, surge espontaneamente, pelo que a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado e o novo introduzido. Ambas as medidas se harmonizam como tempo, não resultando daí, portanto, dano algum.

***I Ching*
*O Livro das Mutações***

Dedico esta dissertação a todos os funcionários, estudantes, médicos residentes e professores do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, companheiros de caminhada, que ousaram sonhar e construir, juntos, a transformação que parecia impossível. Tomaram em suas mãos o destino e foram os verdadeiros artífices da mutação. Resgataram o Hospital de uma situação crítica e prosseguem em seu desenvolvimento, a serviço da *Saúde*, como instituição de assistência, ensino e pesquisa, patrimônio da sociedade e das gerações futuras.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação ao Mestrado em Medicina Interna não é fruto de uma experiência de laboratório, nem produto de uma revisão bibliográfica. Ela é o resultado de toda uma vivência; de valores, experiências e conhecimentos acumulados ao longo de muito tempo. Assim, quero agradecer a todos que contribuíram e contribuem ao meu desenvolvimento como pessoa e profissional, orientando e partilhando caminhos.

Agradeço, em especial, aos meus pais, Maria de Lourdes e Naim; aos manos Ardisson, Omar, Naim Filho e Zaki; à Alice Alves, ao Milton Sabbag e Mohty Domit; ao Francisco Abib, S.J. e ao Paulo Rhoden, S.J.

Agradeço, em especial, aos companheiros de muitos anos, Marcos Venício Alves Meyer, Alfredo Abdalla Jr., Paulo Roberto Michalizen, Maria Luiza Marques Dias, Luiz Antonio Munhoz da Cunha, Géo Marques Filho, Sérgio Todeschi, Ângelo Luiz Tesser, Cândido Guilherme Dhoring, Carlos Eduardo Gubert, Iwan Augusto Collaço, Dartgnan Calixto Fraiz, e aos demais colegas da Turma de Médicos de 1975 da UFPR.

Agradeço, em especial, aos Professores, Doutores, Reginaldo Werneck Lopes, Adyr Soares Mulinari, João Alceu Tilton, Ricardo Pasquini, Acyr Rachid, Alberto Accioly Veiga, Affonso Coelho, Luiz Renato Teixeira de Freitas, Eurípides Ferreira, Luiz Fernando C.O.Braga, Duilton de Paola, Israil Cat, Roberto Pirajá Moritz de Araujo, e a todos os colegas professores do Departamento de Clínica Médica e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Agradeço, em especial, aos companheiros de Diretoria do HC, Mauro Checchia Russo, Edison Matos Novak, Osmar Martins, Ehrenfried Othmar Wittig, Anice Fátima Ahmad, Tamara Lepca Maia, Sandra Maria da Silva, Hildecy Ualmira Schwaemmle, Vera Lúcia de Oliveira e Silva, Silvia Carolina Branco Farias, José Wille Scholz Jr, Silvia Maria dos Santos Alves, Jairo Sponholz de Araújo, Carlos Eduardo Soares Silvado; aos Reitores, Ocyron Cunha, Riad Salamuni e Carlos Alberto Faraco; ao Wilson W. Messias, Max W. Malucelli, a todos os chefes de seções, serviços e unidades, e a todos os funcionários, estudantes, residentes e professores do Hospital que participaram, conosco, da gestão 1986-1990.

Agradeço, em especial, aos companheiros do Ministério da Saúde, do INAMPS, do CONASS e CONASEMS, do Hospital Universitário de Brasília, do Ministério da Previdência Social, do INSS, do Ministério da Educação, do Ministério do Trabalho e do CONANDA, com quem tive e tenho a honra de trabalhar por um serviço público mais competente e comprometido com a sociedade.

Um agradecimento muito especial quero registrar àqueles cujas participações foram importantes à realização desta dissertação: aos professores Reginaldo Werneck Lopes, Roberto Pirajá Moritz de Araújo, João Alceu Tilton, Edison Matos Novak, Ruy Archer e Zaki Akel Sobrinho; e aos amigos Vera Lúcia de Oliveira e Silva, Mauro Checchia Russo, João José Cândido da Silva, Walmor de Luca, Rose Tristão, Antonio Fernando dos Santos, Ana Lúcia Starling, Carlo Magno Alves dos Santos, Sueli Santos, Manoel Júlio de Oliveira, Eloá Cathi Lôr, Osmar Martins, Silvia Maria dos Santos Alves, Tamara Lepca Maia, Silvia Carolina Branco Farias, Sandra Maria da Silva, Carlos Eduardo Soares Silvado, Dionete Veiga, Sandro Andriow, Maria Elizabeth Buba, Norton Nohama, Rita de Cássia Silva, Nadja Maria Lordêlo e Iracema Fermon Ribeiro.

Meu agradecimento maior à Eleonora, que há mais de vinte anos contrói, comigo, nossa vida: Carolina, Fernanda, Francisco e Luciana.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Breve História dos Hospitais e Suas Concepções..... | 4 |
| 2.1 Introdução..... | 5 |
| 2.2 O Hospital em Suas Origens..... | 6 |
| 2.3 O Hospital nas Civilizações Grega e Romana..... | 8 |
| 2.4 O Hospital na Idade Média..... | 10 |
| 2.5 O Hospital, do Renascimento ao Século XIX..... | 13 |
| 2.6 O Hospital no Século XX e Suas Projeções ao Futuro..... | 16 |
| 3. O Hospital de Clínicas da UFPR, de Suas Origens a 1986..... | 21 |
| 3.1 Introdução..... | 22 |
| 3.2 O Hospital de Clínicas em Suas Origens..... | 23 |
| 3.3 O Hospital de Clínicas, da Inauguração à Década de 70..... | 25 |
| 3.4 O Hospital de Clínicas, de 1971 a 1986..... | 28 |
| 3.5 1986: Prenúncio de Mutação..... | 31 |
| 4. As Bases de um Novo Paradigma..... | 37 |
| 4.1 Introdução..... | 38 |
| 4.2 Paradigma e Revoluções Científicas..... | 39 |
| 4.3 A Flutuação dos Sistemas de Valores; Crise e Ponto de Mutação..... | 42 |
| 4.4 O Modelo Vigente em 1986..... | 45 |
| 4.5 As Propostas a um Novo Paradigma..... | 47 |
| 5. Construindo um Novo Paradigma..... | 51 |
| 5.1 Introdução..... | 52 |
| 5.2 Dos Novos Valores às Políticas de Desenvolvimento..... | 53 |
| 5.3 Os Frutos do Trabalho Coletivo..... | 67 |
| 5.4 O Processo de Clareamento e Consolidação do Novo Paradigma..... | 135 |
| 6. Conclusões..... | 152 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

I - QUADROS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Organograma da Direção Geral..... | 71 |
| 2. Organograma da Direção de Administração Predial..... | 72 |
| 3. Organograma da Direção de Recursos Humanos..... | 73 |
| 4. Organograma da Direção de Administração Financeira..... | 74 |
| 5. Organograma da Direção de Apoio Técnico..... | 75 |
| 6. Organograma da Direção de Enfermagem..... | 76 |
| 7. Organograma da Direção de Serviços Médicos..... | 77 |
| 8. Organograma da Direção do Corpo Clínico..... | 78 |
| 9. Evolução do Quadro de Pessoal. 1986-1990..... | 81 |
| 10. Evolução dos Quadros de Algumas Linhas Profissionais. 1986-1990..... | 85 |
| 11. Evolução das Receitas. 1986-1990..... | 88 |
| 12. Plano Arquitetônico Diretor do Hospital de Clínicas do UFPR..... | 94 |
| 13. Síntese Gráfico-Analógica do Símbolo e Logotipo do HC..... | 107 |
| 14. Personagem Símbolo da Comunicação Social..... | 112 |
| 15. Evolução do Número de Atendimento Ambulatoriais. 1986-1990..... | 121 |
| 16. Evolução do Número de Internações Hospitalares. 1986-1990..... | 122 |
| 17. Evolução do Número de Operações. 1986-1990..... | 123 |
| 18. Evolução do Número de Exames Complementares. 1986-1990..... | 124 |
| 19. Evolução da Média de Permanência. 1986-1990..... | 125 |
| 20. Evolução do Número de Leitos. 1986-1990..... | 126 |
| 21. Evolução da Taxa de Ocupação. 1986-1990..... | 127 |
| 22. Evolução do Número de Transplantes Renais. 1981-1991..... | 128 |
| 23. Evolução do Número de Transplantes de Medula Óssea. 1981-1991..... | 129 |

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

II - FOTOS

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| 1. Deterioração das Instalações..... | 33 |
| 2. Deterioração de Equipamentos..... | 33 |
| 3. Desorganização Funcional | 34 |
| 4. Desorganização Administrativa..... | 34 |
| 5. Inversão de Sentidos..... | 35 |
| 6. Inversão de Valores..... | 35 |
| 7. Desumanização Intrínseca..... | 36 |
| 8. Desumanização Extrínseca..... | 36 |
| 9. Crianças na Creche do HC..... | 82 |
| 10. Centro de Transplante de Medula Óssea..... | 95 |
| 11. Entrada da Maternidade..... | 95 |
| 12. Tomógrafo Axial Computadorizado de Corpo Inteiro..... | 100 |
| 13. Central de Informática..... | 100 |
| 14. Marco e Pannel..... | 108 |
| 15. Sexta-feira 13..... | 109 |
| 16. O Bom Samaritano..... | 109 |
| 17. Cartão Postal do Hospital de Clínicas da UFPR..... | 113 |
| 18. Hospital de Clínicas em Fins de Ano..... | 113 |
| 19. Voluntariado em Ação..... | 116 |
| 20. O Meio é a Mensagem..... | 151 |

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------|
| AIS | - Ações Integradas de Saúde |
| INAMPS | - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| HC | - Hospital de Clínicas |
| HC-UFPR | - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná |
| MEC | - Ministério da Educação |
| MPAS | - Ministério da Previdência e Assistência Social |
| MS | - Ministério da Saúde |
| O & M | - Organização e Métodos |
| O, S & M | - Organização, Sistemas e Métodos |
| SUDS | - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | - Sistema Único de Saúde |
| UFPR | - Universidade Federal do Paraná. |

RESUMO

Mudança de Paradigma na Administração de Hospital Universitário é um relato refletido do que foi a administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná durante a gestão 1986-1990: uma gestão que foi capaz de recuperar o Hospital de uma situação decadente caracterizada pela deterioração de suas instalações e equipamentos, pela desorganização administrativa e funcional, pela inversão de seus sentidos e valores, pela desumanização de suas relações internas e externas e pelo abatimento do ânimo de sua comunidade, e de reconduzi-lo a um processo de plena recuperação e desenvolvimento auto-sustentado, resgatando compromissos sociais com a assistência à saúde da população, com o ensino e a pesquisa. O trabalho aponta a adoção de um conjunto de políticas gerais e setoriais como fator fundamental ao sucesso administrativo. Aponta como **essencial**, entretanto, o conjunto de crenças, valores e técnicas que embasou, norteou e vivificou tais políticas, e que pode ser sintetizado como: **Visão Holística; O Hospital um Ser Vivo, de Pessoas; Compromissos Sociais, seu Sentido Maior; Qualidade, também para os Usuários; Autodeterminação pela Auto-Sustentação; Planejamento Estratégico, Caminho de Desenvolvimento Sustentado; Desenvolvimento Organizacional Permanente, Base de Progresso; Administração Participativa Responsável, Essência de Desenvolvimento Equilibrado**. Tal conjunto, emanante de forma empírica da própria comunidade hospitalar, foi o verdadeiro propulsor do amplo processo de transformação (quicá de mutação) da administração. Seu caráter inovador, sua legitimidade e seu desempenho efetivo acabaram por conferir-lhe, na visão do autor, a condição de *novo paradigma*. Visando contextualizar o problema "modelos de administração hospitalar", o trabalho remete-se a uma revisão da história dos hospitais, desde os seus primórdios até aos dias atuais, pontuando as diferentes concepções e naturezas que o hospital teve ao longo de sua evolução. Detém-se, a seguir, na história do próprio Hospital de Clínicas da UFPR e seus modelos de gestão, de sua concepção inicial até 1986. Fotografá o paradigma e o estado do hospital vigentes em 1986, momento identificado como prenúncio de mutação. Descreve as bases propostas ao *novo paradigma* presentes no ideário coletivo e emanantes da própria comunidade hospitalar, à época. Descreve os resultados obtidos pelas "novas" crenças, valores e técnicas aplicados como guia e combustível às políticas de desenvolvimento; resultados que acabaram por consolidar os pressupostos como elementos paradigmáticos. Conclue, ao final, pela aplicabilidade, com sucesso, deste *novo paradigma* em outras instituições hospitalares similares do Brasil.

1. INTRODUÇÃO

1. **INTRODUÇÃO**

Os hospitais têm experimentado, ao longo de sua história, profundas transformações em suas concepções, compromissos, organização e gestão; de modo exacerbado nas últimas décadas.

As recentes transformações decorrentes dos enormes avanços da Medicina, do acelerado desenvolvimento da tecnologia diagnóstica e terapêutica, da universalização de seu uso, de sua resolutividade sempre crescente e do entendimento constitucional da saúde como direito de cidadania, transformaram os pacatos albergues de doentes do início do século, nos modernos hospitais contemporâneos: conglomerados complexos, de alta tecnologia, intrincadas articulações logísticas, intensiva utilização e elevados custos de manutenção e atualização.

Nenhum hospital ficou imune à revolução nas ciências da saúde ocorrida nos últimos 50 anos, sendo seus impactos especialmente contundentes nos hospitais universitários em função de seus compromissos adicionais com o ensino, a pesquisa e a excelência em todas as áreas.

Mais do que simples mudanças ou adaptações, a gestão hospitalar (em especial a administração dos hospitais universitários) vem processando uma verdadeira mutação, revisando, adequando e reformando suas crenças, valores e técnicas, ou seja, substituindo seu paradigma de administração.

Este é, exatamente, o tema do presente trabalho: a mudança de paradigma na administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná a partir da aplicação inovadora, em 1986, de um conjunto de crenças, valores e técnicas que haveriam de nortear e redefinir a condução de seus planos gerais e setoriais de desenvolvimento e o modelo de sua administração.

A adoção deste conjunto de pressupostos buscou implantar uma administração profissional, capaz de resgatar o hospital de uma situação de completo decaimento e conduzi-lo ao desenvolvimento harmônico e auto-sustentado; de recuperá-lo de seu estado crítico, e de permitir-lhe resgatar seus importantíssimos compromissos sociais (assistência médica, ensino e pesquisa em saúde) efetivamente fez-se e revestiu-se de pleno êxito, pelo que decidiu-se relatá-la e refletir-se a seu respeito no presente trabalho.

Visando uma ampla compreensão das causas primeiras da verdadeira crise de identidade porque passam os hospitais contemporâneos, procedeu-se a uma revisão da história dos hospitais e suas concepções, no segundo capítulo deste trabalho. Buscou-se descrever a saga dos hospitais desde suas raízes nas civilizações babilônica, egípcia e indiana, passando pelas civilizações grega e romana, pelos hospitais da Idade Média e do mundo árabe-islâmico, do Renascimento ao século XIX, até chegar aos hospitais contemporâneos e especular suas projeções para o futuro.

No terceiro capítulo buscou-se focar a história do próprio Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, de suas origens a 1986. Procurou-se identificar e analisar as concepções e práticas pretendidas pelos que o conceberam, os modelos de funcionamento e gestão vigentes nos seus primeiros dez anos (de 1961 a 1971), nos quinze anos subsequentes (de 1971 a 1986) e a *crise de 1986*, identificada como um prenúncio de mutação.

No quarto capítulo abordam-se as bases do novo paradigma: a conceituação de paradigma e revoluções científicas; a flutuação dos sistemas de valores, crise e ponto de mutação, e o modelo de administração vigente em 1986. Apresenta-se, afinal, o novo conjunto de diretrizes, de crenças, valores e técnicas propostos (inicialmente de forma intuitiva) como guias da administração hospitalar, os quais vieram a definir, estrategicamente, a ação administrativa e as políticas gerais e setoriais de 1986 a 1990.

No quinto capítulo relatam-se os resultados obtidos durante os quatro anos da gestão 1986-1990, as transformações operadas no Hospital de Clínicas neste período e o processo de clareamento e consolidação dos pressupostos assumidos pela administração a embasar o desenvolvimento hospitalar.

Ao final apresentam-se as conclusões extraídas a partir do exercício do novo modelo de gestão aplicado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná durante a gestão 1986-1990, afirmando sua aplicabilidade, como paradigma de administração, na solução dos problemas administrativos de outros hospitais universitários, visando a melhoria do ensino, da pesquisa e da assistência médica à população brasileira: sentido maior destas instituições.

2. BREVE HISTÓRIA DOS HOSPITAIS E SUAS CONCEPÇÕES

2.

BREVE HISTÓRIA DOS HOSPITAIS E SUAS CONCEPÇÕES

2.1. INTRODUÇÃO

A história dos hospitais é um fantástico sincretismo de hospitalidade, religiosidade, ciência, compromisso social e economia.

Escrita no curso das civilizações, esta história principia nos primeiros mercados da antigüidade e segue na trilha das caravanas, no rastro de epidemias, na marcha dos exércitos, nas lutas de classes, na organização social e política dos Estados, na afirmação dos direitos humanos, no desenvolvimento científico e tecnológico da humanidade, na complexidade crescente de sua administração e economia.

Sua evolução acompanha a caminhada do Homem em busca de sua dignidade como pessoa e sociedade. Acompanha a história das religiões, suas guerras “santas” e ordens religiosas. Acompanha as transformações geopolíticas, desde o velho mundo até a descoberta de nosso admirável mundo novo. Acompanha a história das relações do trabalho, desde o surgimento das corporações de ofício à revolução industrial, ao processo de urbanização, à organização dos sindicatos, à criação das caixas de aposentadorias e pensões, aos institutos de previdência social.

Ela avança, em constante transformação na forma e na essência, com a evolução do conhecimento, dos direitos humanos, da cidadania, da organização das sociedades, do amadurecimento do papel do Estado.

A história dos hospitais é um fascinante mosaico de luzes e sombras, de ignorância e conhecimento, de segregação e liberdade. Um fascinante enredo de medo e proteção divina, de sofrimento e tecnologia, de misericórdia e *business*, de solidão e solidariedade.

Inspirada por deuses e demônios, escrita por santos e pecadores, a história dos hospitais é um fascinante espelho da própria natureza humana. Iniciada há quase cinco milênios, conosco haverá de seguir, em nossa caminhada rumo às estrelas.

2.2 O HOSPITAL EM SUAS ORIGENS

Para o homem contemporâneo, hospital é sinônimo de ambiente médico, de Medicina. Ao longo da história, entretanto, isto nem sempre foi assim.

O hospital e a Medicina, embora irmanados em essência, tiveram diferentes começos, motivações e trajetórias (14). Têm, portanto, diferentes histórias, ora mais próximas, ora mais distantes, que se vêm reunir, definitivamente, apenas no alvorecer do nosso século.

A Medicina é quase tão antiga quanto o homem. Suas raízes são tão velhas quanto a ignorância e o medo, que nascem com a consciência humana. Perdem-se na pré-história do homem, no fetiche, no misticismo e na magia, que o acompanham desde as cavernas, em sua vida errante como nômade sobre a Terra, em busca do alimento e segurança essenciais à sua preservação.

Já a história dos hospitais tem raízes mais recentes, posteriores à revolução agropastoril, à fixação do homem à terra, aos primórdios do processo de urbanização e de trocas entre os diferentes povos e culturas.

Os primeiros registros do espírito hospitalar remontam aos antiquíssimos mercados da Babilônia, na Mesopotâmia, berço das primeiras civilizações que aí floresceram, há 6 mil anos, nos vales férteis dos rios Tigre e Eufrates (17).

Os mesopotâmicos inventaram a escrita. Aprisionando, em texto, os sons das palavras, seus sentidos e idéias, incorporaram conhecimento como patrimônio às gerações futuras. Inventaram um círculo dividido em 360 graus, onde uma hora dividia-se em 60 minutos e um minuto em 60 segundos. Elaboraram um calendário solar e puderam planejar seu trabalho de acordo com as estações. Recuperaram solos através da irrigação e garantiram grande produção de alimentos. Desprotegidos, pelo grande deserto ao seu redor, e expostos aos ataques dos nômades que sonhavam com as riquezas de suas planícies, criaram cidades-estados protegidas por altas

muralhas. Desenvolveram a metalurgia, a medicina intuitiva e o primeiro código de leis. Foram a primeira civilização a estipular, em lei, a todo homem igual direito à justiça (15).

Abrijo seguro, repouso, alimento, higiene e cuidado de ferimentos podiam ser encontrados por viajantes cansados de distantes caravanas, nos mercados da Babilônia.

Surge, assim, na antiga Mesopotâmia, uma das mais nobres raízes do espírito hospitalar: a hospitalidade; o abrijo e suporte ao que passa e necessita; a caridade; a solidariedade humana.

Este sentido, infelizmente modificado em muitos dos hospitais atuais, não só marcou por milênios a natureza destas instituições, como forjou a construção de seu próprio nome. Diferente de nosocômio, que significa lugar de doentes, o termo hospital vem do latim *hospitalis* - o que hospeda, o que dá agasalho, adjetivo derivado de *hospes* - viajante, estrangeiro, conviva (13).

A segunda raiz histórica do espírito hospitalar emerge, de maneira vigorosa, na civilização egípcia. Aqui, de forma ainda mais intensa do que nas civilizações mesopotâmicas, doença, saúde, vida e morte são questões divinas. A medicina é empírica, envolta em forte misticismo, questão religiosa. O hospital, o lugar de tratar doentes, se faz em ambiente divino, nos templos de Saturno (4). Esta mesma natureza do hospital, como ambiente de curas divinas, faria germinar, séculos depois, os hospitais de Asclépio, na civilização grega (12). É a partir do Egito, entretanto, que religião e hospital passam a seguir uma história próxima, por vezes inseparável, até os nossos dias.

A terceira raiz histórica dos hospitais vamos encontrá-la na Índia, refletindo o compromisso do Estado para com a saúde do povo e o papel social dos hospitais. Relata a literatura hindu que, no século VI antes de Cristo, Buda nomeou um médico para cada dez vilas e construiu hospitais para aleijados e pobres. A partir daí, seus seguidores passaram a construir hospitais similares e, apesar dos escassos registros históricos, tem-se confirmada a existência de hospitais no Ceilão já no ano 473 antes de Cristo. Um dos hospitais mais proeminentes que se tem registro na antiguidade foi construído pelo rei Asoka, na Índia, em 273 antes de Cristo, constituído por dezoito institutos. Neles, as determinações eram para que se dispensasse tratamento carinhoso aos pacientes e os atendentes eram instruídos a servir-lhes vegetais e frutas frescas, massageá-los, mantê-los limpos e lhes preparar medicamentos (14).

A quarta raiz histórica dos hospitais, o hospital como ambiente de ciência, é algo mais recente e muito mais acidentada. Inicia-se de forma sinuosa nas civilizações arcaicas (12) e toma real impulso apenas na civilização grega, acompanhando o florescer da cultura jônica, a grande revolução do pensamento humano iniciada entre 600 e 500 antes de Cristo com Tales de Mileto e seguida por Anaximandro, Pitágoras, Anaxágoras, Empédocles, Hipócrates, Demócrito, Platão, Aristóteles, Euclides, Aristarco, Arquimedes, Eratóstenes, Hiparco e Lucrécio. Este florescer jônico, entretanto, perderia vigor no início da era cristã (embora, no segundo século depois de Cristo, ainda nos legasse Ptolomeu) e é sepultado, no ano 415 de nossa era, com a morte de Hipácia e a destruição da biblioteca de Alexandria (32).

A Jônia foi onde nasceu a ciência e de onde se irradiou por um milênio. A estes mil anos de luz, entretanto, outros mil seguir-se-iam, das mais profundas trevas, para o Ocidente, onde não apenas a ciência foi sufocada, como o foi o próprio questionamento científico. Imenso dano ao conhecimento humano que só não foi maior graças ao paciente trabalho dos monges copistas da Idade Média e à magnífica cultura árabe-islâmica, que acolheu esta sabedoria e a desenvolveu, iluminando em amplo abraço o Oriente e a Ibéria, ao preservar os conhecimentos greco-romanos e fazer a ponte destas civilizações com o Renascimento, no século XV (14).

O dano e o atraso ao desenvolvimento da Medicina e da ciência nos hospitais do Ocidente, pagaram um preço enorme ao obscurantismo católico da Idade Média. Para os hospitais, apenas ao final do século XIX esta chaga começa a curar e eles voltam a ser ambiente de ciência e medicina, como começara a ocorrer nos templos de Asclépio, a partir de Hipócrates.

2.3. O HOSPITAL NAS CIVILIZAÇÕES GREGA E ROMANA

Os gregos tinham deuses para tudo que não conseguiam compreender e até para o que conheciam muito bem, como Eros, o deus do amor, ou Dionísio, o deus do vinho.

Asclépio, chamado pelos romanos Esculápio, era o deus da Medicina. Conta a mitologia grega que os poderes de cura de Asclépio eram tais que ele até ressuscitava os mortos. Hades, deus dos mortos, foi queixar-se a Zeus, o deus supremo, que Asclépio estava despovoando o reino dos mortos e interferindo em seus domínios. Zeus reconheceu que, devolvendo a vida aos mortais, Asclépio estava desorganizando a natureza e fulminou-o com um raio.

Asclépio era filho do deus Apolo e da ninfa Corônís e teve muitos filhos e filhas, dentre estas, Hígia, a deusa da saúde e Panacéia, a deusa das curas. Asclépio portava sempre um bastão com uma serpente a sua volta, o caduceu, até hoje símbolo da Medicina.

Desta crença no mito de Asclépio originou-se o culto à Medicina divina na Grécia, que levava grande número de enfermos aos santuários do deus-médico. Em Epidauro ficava o templo central de onde saíam as imagens da serpente para os novos templos-hospitais, que se difundiram por todo o mundo grego e, posteriormente, pelo Império Romano.

Os templos-hospitais de Asclépio constituíam-se de amplos edifícios sustentados por colunas dóricas, em cuja nave central havia um altar, para o sacrifício de animais trazidos pelos enfermos, e onde figuravam os quatro elementos terapêuticos: mel, sal, cinzas e água mineral. Possuíam dormitórios e tabernas médicas precursoras dos atuais ambulatórios. Os templos-hospitais de Asclépio localizavam-se em ambientes bucólicos, em praias, florestas, ou nas fraldas das montanhas, de preferência junto a fontes d'água onde os doentes “purificavam-se” com banhos, massagens e unções, antes de serem admitidos no templo, trajando túnicas brancas. Como preparação, abstinham-se de vinho e de certos alimentos e liam ou ouviam, à entrada do templo, longas narrativas dos feitos de Asclépio e suas curas miraculosas. Quando adentravam o templo, freqüentemente já se sentiam melhor. Faziam, então, oferendas à divindade e eram preparados para o sono no templo.

Em catres feitos com a pele de animais mortos em sacrifício os doentes sonhavam que Asclépio andava entre eles praticando as curas, sempre seguido por suas filhas Hígia e Panacéia, munido de seu inseparável bastão com a serpente. Além dos banhos, massagens, unções e fumigações, os doentes recebiam os elementos terapêuticos prescritos pelos médicos. Amplamente utilizada era a prática dos ex-votos, oferecidos à divindade em agradecimento, um hábito comum ainda hoje, largamente praticado no Brasil, aos santos milagreiros (12).

Em um destes templos-hospitais Asclepianos, no século V antes de Cristo, surgiu um médico que iria transformar a história da medicina, iniciar sua sistematização como ciência e levantar os pilares de sua ética.: Hipócrates (460-377 A.C.), um médico Asclepiade que separou a filosofia da medicina e excluiu os deuses das doenças. Dizia ele “Eu aqui estou para discutir a moléstia sagrada (epilepsia). Na minha opinião ela não é mais divina ou mais sagrada que as outras moléstias, mas tem uma causa natural e sua suposta origem divina é devida à inexperiência humana e ao seu assombro diante de seu caráter peculiar (15)”.

Com Hipócrates, cujos ensinamentos baseavam-se mais na observação e em fatos do que na fé, os templos Asclepianos assumiram mais acentuadamente as características de hospitais. Além disso, os ensinamentos morais de Hipócrates em seu juramento, até hoje reafirmado, constituíram o ponto de partida dos códigos de moral e ética da prática médica universal.

Na civilização romana proliferaram, de início, os hospitais asclepianos, bem como os hospitais militares, que acompanhavam as marchas dos exércitos romanos. A medicina desenvolvia-se dentro e fora dos hospitais, a partir da brilhante cultura grega, preservada e enriquecida pelas demais culturas do vasto império (4).

Com o advento do cristianismo, entretanto, através de um decreto do Imperador Constantino, no ano 335, aboliu-se o culto da serpente: transformaram-se os hospitais Asclepianos em hospitais cristãos de caridade e ordenou-se o fechamento de todas as instituições médicas de origens pagãs. Ao mesmo tempo, para doentes pobres, velhos e órfãos, estimulou-se a criação de novos hospitais cristãos de concepção asilar (12).

Sob este manto de caridade e a visão extremada de que a vida terrena nada vale senão como preparação, em sacrifício, para a vida eterna após a morte, implantou-se de tal modo o obscurantismo científico que, com o advento dos hospitais católicos, procedeu-se a um enorme retrocesso nas ciências da saúde. A enfermagem desses hospitais cristãos, inspirada pela religião, era piedosa, caridosa e dedicada, mas foram rejeitados, por suas ligações pagãs, os preceitos médicos de Hipócrates e seu discípulos e os hospitais voltaram a se tornar ambiente de misticismo e teurgia. A ciência foi banida dos hospitais romanos e europeus por mais de mil anos (14).

Com o fortalecimento do poder temporal da Igreja os hospitais passaram a constituir elemento relevante da instituição eclesiástica e muitos deles foram erguidos pelos imperadores cristãos. Por volta do ano 500, a maioria das cidades do Império Romano possuía hospitais católicos deste tipo asilar, alimentados de caridade e paternalismo, vazios de ciência médica e tratamento (14).

2.4. O HOSPITAL NA IDADE MÉDIA

A Idade Média vai do século VI ao século XIV. Durante quase um milênio, povos de várias origens lutaram para sobreviver e se afirmar, de forma organizada, numa Europa dilacerada por epidemias e rivalidades, saindo do barbarismo para uma sociedade nova, amalgamada a partir de costumes bárbaros, resíduos da lei romana, teologia e organização da Igreja Católica (15).

A religião católica continuou a exercer domínio sobre o estabelecimento de hospitais na Idade Média, puras instituições eclesiásticas e não médicas, de grande valor no tabuleiro do poder temporal. Para estes hospitais, curar o enfermo não era a meta a atingir; somente a alma merecia socorro. A dissecação do corpo humano e a cirurgia foram tidas como atos sacrílegos e proibidos por muitos séculos (14).

Não obstante seu obscurantismo, a religião católica passou a ser, neste período, o mais importante fator na edificação de hospitais na Europa. Especialmente importante foi o papel das ordens religiosas dentre as quais distingue-se a ordem beneditina que, aos pés do Mosteiro de Monte Cassino, fez nascer, no século V, a Escola Médica de Salerno, a primeira escola médica da Europa da qual surgiram outras (12).

O primeiro hospital católico da França foi o *Hôtel-Dieu* de Lyon, criado por Childeberto, em 512. A seguir, veio o *Hôtel-Dieu* de Paris, criado pelo bispo Landri, em 656, o mais antigo hospital do Ocidente ainda em funcionamento em nossos dias (já com mais de 1.300 anos) e vários outros nos séculos VII e VIII (13).

Com as Cruzadas, a edificação de hospitais teve novo impulso na Europa, em função das enormes massas humanas que deslocavam e de vez que as doenças e pestes matavam mais do que as espadas sarracenas. Concílios obrigaram as igrejas a manterem hospitais anexos, para acolher viajantes doentes e cansados. Os hospitais militares passaram a ter importância relevante no contexto social da época e as ordens religiosas da cavalaria passaram a dedicar-se à construção de hospitais. Dentre estas, destaca-se a Ordem dos Hospitalários de São João de Deus, também chamados Cavaleiros de Malta, que erigiu, na Palestina, entre outros, um hospital militar, em 1099, capaz de abrigar 2.000 doentes. Também as Ordens de Santo Antônio, dos Cavaleiros Teutônicos e dos Templários promoveram a criação de hospitais. Os Hospitalários, entretanto, foram a mais poderosa (14).

A Ordem dos Hospitalários foi fundada em fins do século XI, em Jerusalém, e seu trabalho limitava-se, inicialmente, a cuidar dos peregrinos e doentes. Mais tarde, a ordem passou a lutar nas Cruzadas e seus membros tornaram-se rivais dos Templários. Quando a Ordem dos Templários foi abolida, em 1312, os Hospitalários apropriaram-se da maior parte de suas propriedades tornando-se, além de poderosos, ricos. Com a reconquista da Palestina pelos Sarracenos, os Hospitalários transferiram sua sede para Chipre e, depois, para Rhodes. Com a conquista de Rhodes pelos turcos, no século XVI, a Ordem mudou-se para Malta, e aí permaneceu até 1798, quando a ilha rendeu-se a Napoleão Bonaparte, pouco depois substituído pelos ingleses. O poder temporal da Ordem de Malta foi abolido mas a instituição continua a existir como Ordem Religiosa até hoje (15).

Esta narrativa das Ordens da Cavalaria não foi aqui trazida apenas pelo seu aspecto épico, mas para evidenciar, com mais este exemplo, as estreitas relações que unem, ao longo da história, o Hospital, a Religião, o Poder e o Estado: o Hospital como instrumento de poder da Religião e do Estado.

Como todas as guerras, de todo deploráveis e falsas em seus aspectos motivacionais (de vez que pretendiam apenas a expansão de domínios territoriais e o controle das rotas para o Oriente), as Cruzadas acabaram por dar ao Ocidente, barbarizado desde a destruição do Império Romano, oportunidade de contato com a cultura árabe-islâmica, inclusive sua medicina e seus hospitais, que não apenas haviam acolhido a sabedoria greco-romana como a desenvolveram e enriqueceram com novos conhecimentos clínicos e farmacológicos (21).

Os árabes muçulmanos ocupam lugar destacado na história dos hospitais, com vários exemplos de boas instituições médicas tanto no leste do Mediterrâneo como na Espanha. Merece destaque, como exemplo, o Hospital Al Mansur, no Cairo, de forma quadrangular, que já em 1300 possuía enfermarias para mulheres e convalescentes, especialidades médicas, ambulatorios, cozinha dietética, um serviço de assistência social que fornecia aos pacientes certa soma de dinheiro por ocasião da alta e biblioteca, onde se estudava Hipócrates, Galeno, Ibn Sina e outros mestres (12, 15).

Ibn Sina, também conhecido como Avicena (980-1037), foi um médico, filósofo, astrônomo e poeta árabe. Era um estudioso da medicina greco-romana e, ele mesmo, um semiólogo atento, que descreveu vários quadros clínicos. Escreveu mais de cem livros sobre teologia, filosofia, astronomia, poesia e medicina. Sua obra mais famosa é o “Cânon de Medicina”, que foi usado como compêndio médico por mais de 600 anos no Ocidente e no Oriente (13).

Quando os hospitais europeus da Idade Média são comparados com os hospitais do mundo Islâmico do mesmo período, percebe-se uma diferença marcante. Enquanto os hospitais europeus eram, com raras exceções, pouco mais que asilos imundos, os hospitais árabes eram verdadeiramente hospitais, onde se praticava a medicina, o estudo, e o ensino médico em serviço, de forma muito similar à atual Residência Médica (14).

Ainda que de forma romaneada, o livro *The Physician* relata esta discrepância cultural, ao contar a história de um inglês que se faz passar por judeu para poder estudar medicina em um hospital islâmico no século X (19).

Assim, pondo em contato a incipiente cultura européia com a efervescente cultura árabe-islâmica, as Cruzadas trouxeram à medicina e à organização hospitalar européia grandes avanços. A par desta influência, crescia a afeição religiosa pela arte de curar, principalmente exercida pelos frades, embora a Igreja Católica continuasse a resistir às práticas médicas (14).

Fato importante, e que afetou sobremaneira a medicina e os hospitais europeus na Idade Média, foi a promulgação de um edital pela Igreja, em 1163, que proibia aos clérigos a realização de operações com perda de sangue. Com esta e outras restrições à atividade médica dos padres,

muitos procedimentos médicos foram relegados a indivíduos menos competentes, como os barbeiros, que ficaram incumbidos dos atos operatórios. De forma definitiva, no século XIV, o Concílio de Viena dicotomizou as atribuições clericais e médicas: aos religiosos caberia a cura da alma; aos leigos caberia a cura do corpo (14).

Entretanto, apesar dos seus conflitos morais-religiosos e de sua postura retrógrada com relação à Medicina, foi a Igreja Católica, até ao Renascimento, a grande responsável pela criação de hospitais em solo europeu. E um novo surto de construções hospitalares produziu-se na Europa ao final do século XII e início do século XIII, a partir de um decisivo estímulo pessoal do Papa Inocêncio III que, em 1204, fez erguer, em Roma, o Hospital do Espírito Santo. Este hospital, que prestou serviços até 1922, quando foi destruído por um incêndio, serviu de modelo para a construção de muitos outros. Estima-se que na Alemanha, em certo período da Idade Média, chegaram a existir cerca de 155 cidades providas de Hospitais do Espírito Santo. Ao todo, mais de 900 desses hospitais estabeleceram-se na Europa ao longo dos dois séculos seguintes (14).

O alastramento da lepra foi outro estímulo adicional à criação de hospitais nos séculos XII, XIII e XIV. Com o avanço da doença, proliferou na Europa um novo tipo de hospital, de arquitetura tosca, geralmente localizados nos arredores das cidades, visando a segregação de leprosos. Chamados *Casas de Lázaro*, espalharam-se aos milhares pela Europa, principalmente na França e Alemanha, e contribuíram efetivamente para controlar a expansão da doença pelo isolamento de seus portadores (14, 17).

De maneira geral os hospitais medievais eram ligados diretamente à Igreja. Mesmo os que tinham instalações dispendiosas, ornados com tapeçarias e vitrais, eram mal arejados, escuros e de higiene precária. Albergavam número excessivo de doentes, desconheciam os princípios de desinfecção e as doenças se alastravam em seu interior. Eram hospitais que serviam apenas para acolher os muitos pobres e isolá-los. Os ricos não recorriam a eles, nem os médicos faziam ali ambiente de sua prática, mas tratavam seus clientes em casa ou no seu consultório (15).

Um raro exemplo de eficiência hospitalar européia da Idade Média, foi dado pelo já mencionado *Hôtel-Dieu* de Paris cuja organização, após sua mudança e ampliação no século XIII, lembra muito a dos hospitais islâmicos e dos nossos hospitais contemporâneos. Apesar de algumas deficiências (como acomodar dois doentes numa mesma cama, sem qualquer critério de seleção dos seus males), o *Hôtel-Dieu* de Paris dispunha de água quente, aquecimento, lavanderia e padaria e, além da atenção de enfermagem, alguma medicina se praticava em seu interior (14).

Apesar de que a imensa maioria dos hospitais da Idade Média estava diretamente vinculada à Igreja Católica, a partir do século XII começam a surgir alguns deles construídos por municipalidades, particularmente na Inglaterra, prenúncio de uma importante inovação que adviria com o Renascimento (13, 14).

O final da Idade Média, no século XIV, é marcado (como seu início, no século VI) por uma grande epidemia. Esta, dizimou metade da população européia; destruiu, literalmente, as velhas relações sociais do mundo europeu medieval e alterou profundamente o poder temporal da Igreja, com consequências marcantes também sobre a história dos hospitais.

Apesar de ter sido um período de trevas, onde os conhecimentos científicos foram trancados a sete chaves nas bibliotecas dos mosteiros e abadias, a Idade Média deixou plantadas algumas Universidades e uma razoável rede de hospitais pelo continente europeu. Em seus últimos séculos, especialmente a partir das Cruzadas e do contato com a Civilização Árabe-Islâmica, a Europa redescobriu a tradição grega, assimilou as práticas médicas árabes e sua farmacologia, passou a desenvolver o ensino da Medicina nas Universidades e organizou procedimentos de vigilância sanitária e saúde pública.

2.5. O HOSPITAL, DO RENASCIMENTO AO SÉCULO XIX

Entre os mundos medieval e moderno, houve dois séculos particularmente efervescentes para a retomada do desenvolvimento das artes, das ciências, da política, da economia, da educação, da arquitetura e urbanismo. Foram os séculos XV e XVI, período denominado Renascimento, tal o ímpeto de reflorescimento do intelecto humano após quase um milênio de evolução letárgica na Idade Média.

Como parte do fantástico surto cultural do Renascimento, a Medicina e a Cirurgia se reativaram; redescobriu-se a tradição grega; assimilaram-se os conhecimentos árabe-islâmicos; desenvolveu-se o estudo da anatomia; revalorizou-se a vida terrena; novos hospitais foram construídos, sendo os monásticos, então, substituídos gradualmente pelos municipais (14).

Acontecimentos de fundamental importância à revolução renascentista foram a invenção da imprensa, em meados do século XV e a descoberta, pelos europeus, do continente americano, desencadeando a era das grandes navegações.

Pouco após a descoberta, começam a surgir os primeiros hospitais na América hispânica, portuguesa e francesa, herdeiros do modelo hospitalar religioso europeu. O primeiro hospital na América foi constituído em 1503, pelo governador de Hispaniola, e suas ruínas são ainda visíveis em São Domingos, na República Dominicana. O segundo foi construído em 1524, na Cidade do México, pelo explorador espanhol Hernán Cortés (12, 13, 14).

A seguir, vieram os hospitais brasileiros: as Santas Casas de Olinda e de Santos, edificadas quase simultaneamente, por volta de 1540, para marujos e forasteiros. Seguiram-se: a Santa Casa de Vitória, na Capitania do Espírito Santo, fundada pelo Padre José de Anchieta; a de Ilhéus; a de São Sebastião do Rio de Janeiro e a do Planalto do Piratininga (São Paulo), todas no século XVI (25, 33).

Os primeiros hospitais da América do Norte começam a surgir no século XVII, no Canadá francês: em 1639 erguia-se, em Quebec, o *Hôtel-Dieu-du-Précieux-Sang*; em 1644 surgia o *Hôtel-Dieu de Montreal* (14).

Nos Estados Unidos, o primeiro hospital é edificado na ilha de *Manhattan*, em 1663, para atender soldados feridos. Apenas no século XVIII surgiam os primeiros hospitais para civis nos Estados Unidos: o *Charity-Hospital* de Luisiana, em 1736; o *Philadelphia General Hospital*, na Pensilvânia, em 1755; o *New York Hospital*, em Nova Iorque, em 1771; e, já no século XIX, o *Massachusetts General Hospital*, em 1811, em Boston. O movimento de construção de hospitais nos Estados Unidos teve um início lento. Para se ter uma idéia, por volta de 1770 a cidade de Nova Iorque tinha já uma população de 300.000 habitantes e não possuía qualquer hospital para civis. Até o século XIX, entretanto, este atraso foi recuperado plenamente, e quase toda cidade americana de porte grande ou médio tinha o seu hospital comunitário, feito com recursos, iniciativa e direção das comunidades e alguma ajuda dos governos locais (14).

A par disto, no Brasil, o modelo aplicado até o século XIX foi essencialmente o das Santas Casas portuguesas, beneficência da igreja e da realeza: um modelo fortemente paternalista, sustentado mais pela “misericórdia” que pela responsabilidade comunitária, mais voltado à assistência social aos desvalidos do que à assistência à saúde de toda a população.

Para que bem se compreenda o espírito das Santas Casas, nos reportamos ao que diz Renato Maudonnet: “A Misericórdia, que os portugueses copiaram dos italianos, não era um estabelecimento exclusivamente médico-hospitalar. As chamadas Ordens Hospitalares da Cavalaria, dentre as quais a Ordem Hospitalária de Malta parece ter sido a primeira, com o trabalho dos religiosos-hospitaleiros, voltavam-se aos viajantes, aos peregrinos e aos doentes e datam das primeiras Cruzadas cristãs. As Casas de Misericórdia, mais tarde chamadas de Santas Casas, foram modeladas em Portugal, segundo os princípios estabelecidos pelo frade espanhol Miguel de Contreras, grande orador sacro, o que lhe valeu as graças da rainha Leonor de Lencastre, esposa de D. João II, que se dedicava às obras pias. O frade, impressionado com a miséria dos enfermos, começou a esmolar por eles e, confessor da rainha, dela obteve auxílio, culminando com a cessão, pela Câmara, de uma casa onde o frei fundou uma enfermaria. Assim, em 1498, sob os auspícios da rainha, fundava a Irmandade da Misericórdia de Lisboa, modelando suas regras pelas de Florença, criada em 1350. O objetivo das Misericórdias, e que jamais foi mudado através dos séculos, era “acolher enfermos e desvalidos, sem qualquer distinção de crença, raça ou nacionalidade, amparando órfãos e viúvas, agasalhando decrepitos e inválidos, sepultando indigentes, sob a proteção dos poderes públicos, gratuitos os encargos de administração (25).”

Ainda no século XVIII e início do século XIX, começaram a surgir os grandes hospitais vinculados às Escolas Médicas e Universidades, tanto nos Estados Unidos como na Europa, um movimento que no Brasil só se inicia após a 2ª Grande Guerra, em meados do século XX, ou seja, com quase dois séculos de atraso em relação ao Hemisfério Norte. Um atraso somente menos grave do que aquele que marcaria a criação das próprias universidades brasileiras, todas posteriores ao início do século XX (13).

Na primeira metade do século XIX, a cirurgia passou a ser fortemente incentivada e sempre mais praticada pelos avanços no conhecimento da anatomia e pela introdução do éter como anestésico, o que viria a reforçar o papel dos hospitais. As condições de higiene e assepsia dos hospitais, entretanto, eram precaríssimas e a taxa de mortalidade hospitalar era extremamente elevada, especialmente a mortalidade cirúrgica. É que os cirurgiões do século XIX incentivavam

a supuração das feridas operatórias, acreditando que tal supuração poderia colaborar com a cura. Assim, a atmosfera dos hospitais era irrespirável e os cirurgiões usavam seus casacos de cirurgia por vários meses seguidos, sem lavá-los. As roupas de cama eram pouco trocadas e, não raro, passavam de um doente para outro. A mortalidade operatória passava de 90%, e isto só mudaria, lentamente, a partir da segunda metade do século (15).

Em 1843, Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) faz uma observação bem simples, porém fundamental à mudança da história da cirurgia, da medicina e dos hospitais. Ele correlaciona o número alarmantemente alto de infecções puerperais em seu hospital com o fato dos estudantes virem cuidar das pacientes nas enfermarias de obstetrícia diretamente e imediatamente após as práticas de dissecação anatômica. Semmelweis inicia, então, um movimento denodado no sentido de reduzir as infecções operatórias, atribuindo-as à falta de assepsia. Técnicas simples de assepsia que preconizou, iniciando pela singela lavagem das mãos, foram suficientes para reduzir nitidamente a mortalidade por infecção hospitalar (17).

Poucos anos depois, Louis Pasteur (1822-1895) demonstrava, experimentalmente, que a geração espontânea das bactérias não era uma verdade científica; as bactérias eram produzidas a partir de outras: reproduziam-se. Esta demonstração de Pasteur, não apenas deu suporte científico às observações empíricas de Semmelweis, como representou o estopim de um dos mais fantásticos pontos de mutação da história da Medicina e dos hospitais. Nascia aí a microbiologia. Um segmento do microcosmo até então acessível apenas à filosofia e à alquimia, começava a ser explorado pela pesquisa científica. Um pequeno-infinito universo começava a descortinar-se. Uma minúscula porção do essencial passava a ser visível aos olhos (4).

Com os trabalhos de Semmelweis, Pasteur e também Lister (que conseguiu introduzir os antissépticos tanto para a limpeza das feridas como para a profilaxia das infecções), o ambiente hospitalar começou a ficar mais limpo e seguro para a prática da cirurgia a partir da segunda metade do século XIX.

De fundamental importância à fantástica transformação que passa a se manifestar no ambiente hospitalar a partir da segunda metade do século XIX foi, também, a contribuição de Florence Nightingale (1820-1910) fundadora do moderno ensino da enfermagem, na Grã-Bretanha e pioneira da organização e administração hospitalar. Filha de ingleses ricos, Florence Nightingale nasceu em Florença, Itália, onde seus pais estavam residindo, e de onde lhe veio o nome. Embora desagradasse sua família, foi inabalável em sua decisão de trabalhar em hospitais de pobres. Estudou em um hospital de Paris e fez seu treinamento como enfermeira em uma instituição alemã. Em Londres, em 1853 tornou-se superintendente de um hospital para mulheres. Em 1854 foi encarregada de dirigir o corpo de enfermagem de um hospital militar inglês na Guerra da Crimeia. Tal hospital era, na verdade, um galpão de madeira imundo e desprovido de tudo. Porém, mesmo nestas situações extremamente adversas, Florence Nightingale demonstrou uma capacidade ímpar de organizar o atendimento, implantar condições de higiene e “inventar” recursos. O sucesso de seu trabalho naquele pequeno hospital militar, em Scurati, fez com que fosse encarregada da direção de todos os hospitais militares da Crimeia. De volta à Inglaterra, em 1856, fundou uma escola de enfermagem em Londres, que inspirou e modelou a criação de Faculdades de Enfermagem em vários hospitais da Europa e dos Estados Unidos (13).

Com enfermeiras diplomadas cuidando dos doentes e da administração, o padrão dos hospitais melhorou rapidamente. Isto aumentou o número de clientes e inclusive os ricos passaram a procurar os hospitais. Já em fins do século XIX muitos hospitais do hemisfério norte começaram a criar quartos particulares para atender esta nova clientela. Universalizava-se o uso dos hospitais por toda a comunidade.

No Brasil, novamente é com quase um século de atraso que veríamos chegar esta enfermagem moderna e profissional. Basta ver que, na Universidade Federal do Paraná, a mais antiga do Brasil, o curso superior de Enfermagem só se inicia em 1975, e luta, até hoje, com enormes dificuldades para se desenvolver plenamente.

Outro evento importante, que começa a acometer os hospitais ainda em fins do século XIX, é a introdução da tecnologia moderna, a partir do surgimento dos primeiros aparelhos de raios X, que começaram a ser instalados. Esta primeira incidência, do fim do século passado, marcava um caminho novo, de rápido progresso, pelo qual novas tecnologias de diagnóstico e tratamento viriam, em velocidade cada vez maior, reforçar o papel dos hospitais e sua importância à sociedade (13).

Aos poucos, ia-se modificando a idéia do Hospital de Caridade, asilo para pobres e desvalidos. O hospital profissionalizava-se para tratar doentes, incorporava tecnologia, tornava-se mais seguro e mais necessário a toda população. À medida em que seus objetivos transcendiam a misericórdia, seus custos cresciam e tornava-se mais complexa sua organização e administração.

2.6. O HOSPITAL DO SÉCULO XX E SUAS PROJEÇÕES NO FUTURO

No alvorecer do século XX, com a retomada definitiva e acelerada da medicina como ciência e seu alojamento nos hospitais, mais a profissionalização da enfermagem, os conhecimentos da microbiologia, o domínio da anestesiologia e o desenvolvimento tecnológico de diagnóstico e terapêutica, iniciados em fins do século XIX, o hospital torna-se mais e mais importante no combate às doenças e como equipamento social, deixando progressivamente o caráter puramente asilar e de assistência social que o animou por milênios.

O indicador para a instalação de hospitais deixa de ser a indigência e passa a ser a epidemiologia das doenças e a preservação da saúde da população. Assim, o século XX é marcado por um novo surto de construção de hospitais e pela reciclagem dos antigos a um modelo já diferente, centrado mais na doença, na ciência e na recuperação da saúde, do que no simples albergue dos doentes e desvalidos.

Se na primeira metade do século XX a transformação dos hospitais e a expansão de sua rede evoluíram de forma lenta, estes movimentos haveriam de acelerar-se, muitíssimo, a partir da 2ª Grande Guerra e, especialmente, da década de 1950.

Foram fatores importantes a esta verdadeira revolução hospitalar do século XX, além daqueles já mencionados, iniciados na segunda metade do século XIX, o nascimento da moderna farmacologia a partir de um esporo perdido de *Penicillium notatum* numa placa de cultura do anárquico laboratório de Alexander Fleming (1881-1955), em Londres; os avanços da fisiologia, da patologia, da clínica e da cirurgia em todas as áreas; a organização e desenvolvimento das especialidades médicas e o extraordinário progresso das outras ciências que produziram um novo universo tecnológico e propiciaram a radiologia digital, a radioterapia, a medicina nuclear, a ecografia, a endoscopia por fibra óptica, a tomografia computadorizada, a litotripsia por ultrassom, a ressonância nuclear eletromagnética, os sofisticados equipamentos de análises clínicas e hematológicas, os métodos dialíticos, as próteses e órteses modernas, a circulação extra-corpórea, as unidades de terapia intensiva, os transplantes de órgãos e a engenharia genética.

Foram fatores também importantes ao desenvolvimento da Medicina e dos hospitais a prática generalizada do ensino da saúde em ambiente hospitalar; o treinamento pós-graduado em serviço hospitalar conforme concebido e implantado por Halsted e Osler, criadores da Residência Médica, a difusão da pesquisa nos hospitais e o avanço do ensino da enfermagem, farmácia e bioquímica, odontologia, nutrição e dietética, fisioterapia e terapia ocupacional, pedagogia, economia e administração hospitalar: ciências de fundamental importância, ao lado da Medicina, na modernização e progresso dos hospitais.

O hospital tornou-se uma organização complexa, multiprofissional e de grande importância social. Está presente, hoje, em quase todas as cidades do mundo, em sua imensa maioria construídos no século XX. Suas transformações, entretanto, não foram apenas respostas aos progressos da Medicina e das ciências da saúde. Elas ocorreram, em grande parte, como consequência de outras mudanças havidas no mundo, tais como o encurtamento das distâncias, propiciado pelos modernos meios de transporte, a democratização do conhecimento, propiciada pelos veículos de comunicação social e a aproximação de todo o mundo pelas telecomunicações.

Mais que tudo isto, ainda, os hospitais mudaram e continuarão a mudar, pelas transformações da visão do homem e da sociedade no século XX. Como nunca e cada vez mais, felizmente, a consciência dos direitos humanos e da cidadania fazem-se presentes e atuantes. O século inicia-se com progressivas alterações nas relações capital-trabalho, vê emergir e desmoronar o modelo socialista e decompõe-se o modelo liberal.

No Brasil, como em outros países mais marcados pelo trabalhismo, organizam-se institutos de previdência social a partir, no caso brasileiro, das caixas de aposentadorias e pensões de corporações de trabalhadores e inclui-se a assistência médica entre seus benefícios ainda a que, de início, com papel puramente complementar e marginal. Na sequência, os vários institutos de aposentadorias e pensões foram unificados, sob gestão federal, no INPS, Instituto Nacional de Previdência Social que envolveu para o *status* de Ministério: o Ministério da Previdência e Assistência Social, com três Institutos: o IAPAS, responsável pela administração financeira e patrimonial da previdência; o (novo) INPS, responsável pelos benefícios previdenciários propriamente ditos (aposentadorias e pensões), e o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), em cujo nome se expressa sua própria finalidade.

A criação do INAMPS, hipertrofia da velha Secretaria de Medicina Social do antigo INPS, é reflexo e resultado da importância progressiva da assistência à saúde no contexto da previdência e da seguridade social. Destaque-se o papel de compradora de serviços médico-hospitalares assumido progressivamente, no Brasil, pela Previdência, complementando os serviços produzidos pelo conjunto de seus próprios hospitais e postos de assistência médica ambulatorial.

Mas os avanços sociais no Brasil, não parariam no equacionamento de uma previdência social estatal para os trabalhadores com carteira assinada (contribuintes compulsórios do sistema) e seus dependentes. Havia, ainda, mais da metade da população brasileira desassistida em sua saúde, objeto de uma misericórdia que não suportaria tais custos, nem seria capaz de assimilar tal demanda.

Os serviços estatais gratuitos, voltados aos não-previdenciários, resumiam-se a umas poucas unidades hospitalares, do tipo asilar, para doentes mentais, hansenianos e tuberculosos e pouquíssimos hospitais municipais e estaduais de Pronto Socorro, além de uma rede de quase 50 hospitais do Ministério da Educação, a maior rede de leitos hospitalares públicos, porém totalmente alienada de compromissos sociais com a assistência médica, confortavelmente entretida em seu diletantismo acadêmico.

Fato mais grave ainda é que toda a rede de hospitais brasileiros, públicos, filantrópicos e privados, dispersava-se pelo território nacional de forma totalmente anárquica, sem qualquer racionalidade de regionalização e hierarquização. Um mosaico surrealista de congestionamentos localizados e gigantescos claros de cobertura.

Em 1985, premido pelas forças da sociedade que clamavam por democracia, direitos humanos e justiça social, o Estado Brasileiro passa a movimentar-se em direção a um amplo, complexo e doloroso, mas absolutamente necessário, processo de reforma sanitária. Desencadeiam-se, cautelosamente, as Ações Integradas de Saúde (AIS) que buscam o atendimento universalizado (mesmo aos não-contribuintes) mediante custeio pela Previdência Social, e a articulação, de forma minimamente racional, da rede de serviços existente. Advém, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde que estabelece diretrizes à Reforma Sanitária e precipita o desencadeamento de um segundo movimento, a criação, em 1987, do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) pelo qual se transfere a gerência da assistência médica das unidades do INAMPS para as Secretarias Estaduais de Saúde.

É importante notar que todos estes movimentos se estruturaram sobre os seguintes princípios: saúde é direito de cidadania e é dever do Estado buscar a viabilização desse direito, através do acesso igualitário a um Sistema Único de Saúde (SUS), público, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, com gestão descentralizada e única em cada esfera de governo, viabilizando atendimento integral à saúde, com prioridade para as atividades preventivas mas sem prejuízo dos serviços assistenciais e com a participação da sociedade em sua gestão e controle. As instituições privadas participariam deste sistema mediante contrato de direito público, complementarmente à rede pública. Mediante convênio, os hospitais do Ministério da Educação articular-se-iam programática e financeiramente com o SUS. Em 1988, este conjunto de princípios

e propostas foi acolhido pela constituinte e incorporado ao texto Constitucional, sendo seu detalhamento formulado pela Lei Orgânica de Saúde, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Paralelamente às transformações do setor público, e até em consequência às dificuldades de sua reforma, passam a crescer, no Brasil, os sistemas de pré-pagamento, as cooperativas de serviços e as empresas de seguro-saúde.

Foi mais que evidente o enorme impacto que todas estas transformações exerceram sobre os hospitais brasileiros e o fantástico esforço organizacional que eles estão tendo de fazer para assimilar, simultaneamente, uma revolução científica, uma reforma sanitária, a exigência da sociedade por serviços de qualidade crescente e um orçamento público absolutamente insuficiente para pagar pelo que pretende oferecer.

O modelo das Santas Casas de Misericórdia, altamente meritório e adequado para seus propósitos originais e que muito fez pela gente brasileira, tornou-se totalmente inadequado para o que se passa a exigir de uma instituição médico-hospitalar moderna, no Brasil de hoje. Assim, a grande maioria das Santas Casas passaram a buscar novo modelo, compatibilizando suas motivações beneficentes e filantrópicas com padrões de maior profissionalização, mais voltadas ao atendimento à saúde de toda a população, com administrações modernas e maior envolvimento da comunidade. Não são muitas as que hoje conservam padrões arcaicos de atendimento e gerência e, menos ainda, as que, na busca dos novos padrões necessários à sua sobrevivência, desvirtuaram-se em práticas puramente comerciais, negligenciando seus compromissos beneficentes e caritativos.

Se o impacto de todas as transformações da medicina e da sociedade determinaram grande esforço de adaptação aos hospitais privados (filantrópicos ou não), maiores ainda foram as transformações que exigiram dos hospitais universitários, especialmente daqueles pertencentes ao Ministério da Educação (MEC). E isto, por cinco aspectos peculiares a estes hospitais: primeiro, a complexidade destas instituições, que têm compromissos não apenas com a assistência à saúde da população, mas, também, com o desenvolvimento do ensino de graduação e pós-graduação e da pesquisa pura e aplicada; segundo, por sua posição como centros de referência aos sistemas locais de saúde, compromisso conseqüente ao padrão multi-especializado que devem ter; terceiro, por sua necessária posição de vanguarda em termos tecnológicos; quarto, seu compromisso com a qualidade, de vez que devem representar modelo para a rede em que se inserem; e quinto, pela política de financiamento adotada pelo Ministério de Educação, a partir de 1975, baseada na idéia de que cabe ao setor saúde pagar pelos serviços de saúde e ao setor educação cobrir os custos da educação.

Assim, sistematicamente, o Ministério da Educação, a partir de um convênio firmado em 1975 com o Ministério da Previdência e Assistência Social, começa a transferir o custeio de seus hospitais à Previdência Social e a restringir seus orçamentos aos Hospitais Universitários. Inicialmente o convênio entre a Previdência Social e os hospitais universitários previa o atendimento aos segurados rurais. Depois, foi ampliado também para os segurados urbanos. Finalmente, assumia o pagamento universalizado, mesmo dos não-contribuintes. *Pari passu*, reduziram-se as verbas de custeio do MEC até que, em 1985, cobriam praticamente só os salários

dos professores e dos funcionários residuais de seu quadro original, também em franca retração face à falta de concurso. Este processo, que foi endossado e reforçado pelas próprias administrações universitárias foi, lamentavelmente, conduzido de maneira radical, transcendendo o razoável, exigindo profundas modificações no comportamento destas instituições, as quais tiveram de conciliar capacitação gerencial urgente com demandas assistenciais crescentes e os inalienáveis compromissos com o ensino, a pesquisa e a excelência. Além disto, os hospitais universitários tinham de submeter-se à obtusa burocracia estatal e às amarras administrativas das próprias Universidades, além de aturar os áulicos de corredor, reacionários da direita e da esquerda, de escassos compromissos com a sociedade, que não enxergam além dos muros da academia e não pensam além dos próprios dogmas.

Neste final de século XX, o mais importante e efervescente da história humana, os hospitais brasileiros e especialmente os universitários estão em estado de permanente transformação, ou mesmo de mutação, às voltas com exigências cada vez maiores nos campos da tecnologia, da especialização, da qualidade e das demandas sociais. Cada vez maior e constante, portanto, será o desafio de desenvolvimento organizacional capaz de dar respostas a estas exigências (1, 16).

Some-se a isso, novas tendências, que principiam timidamente a se manifestar e haverão de produzir impactos adicionais aos hospitais: a simplificação de certos procedimentos e sua saída do hospital; o aumento da resolubilidade dos hospitais menores e periféricos e a descentralização das demandas; a universalização do ensino e da pesquisa em toda a rede de serviços; as parcerias interinstitucionais para a pesquisa e o ensino, com formação de redes multicêntricas; a integração, em rede, dos sistemas de estatísticas hospitalares e de bibliotecas; os desafios nosológicos das doenças crônico-degenerativas, das infecções virais, dos transplantes de órgãos, da engenharia genética, da diagnose não invasiva, das doenças ocupacionais, do meio ambiente alterado, dos acidentes radioativos, do aumento do trauma. Já não será fantasia cogitar o telediagnóstico, o teletratamento, as viagens espaciais, novas formas de organização da sociedade, do trabalho, da moradia, dos caminhos do Homem.

Talvez seja impossível projetar o ano 2050. Impossível mesmo projetar 2020, mas é necessário estar atento ao futuro. Atento e consciente de que mudará o homem e mudará o mundo, cada vez mais rapidamente. Mudarão os hospitais, suas funções, equipamentos, profissionais, financiamento, organização, sistemas e métodos, exigindo, de forma permanente, a busca de novas e mais adequadas concepções e práticas administrativas.

3. O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, DE SUAS ORIGENS A 1986

3.

O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, DE SUAS ORIGENS A 1986

3.1. INTRODUÇÃO

Vimos, no primeiro capítulo deste estudo, uma breve história dos hospitais através dos tempos. As diferentes conjunturas, concepções e papéis que animaram sua atuação em diferentes épocas, em diferentes mundos. Vimos a lenta mudança de seus padrões nos primeiros 5.000 anos de sua história e as mudanças frenéticas dos 50 anos recentes.

O conhecimento da história dos hospitais parece-nos essencial para o entendimento da história do Hospital de Clínicas e a compreensão da crise de identidade que todos os hospitais, como seres em mutação, têm vivido nos dias atuais.

Acredito que as instituições humanas têm também um inconsciente coletivo, que do homem, se projeta sobre elas. E mesmo em suas formas mais modernas, carregam em si, em algum canto de sua codificação organizacional, um pouco de tudo aquilo que já foram e pelo que passaram.

Ademais, como todos os outros seres vivos, as instituições humanas sofrem os impactos de seu meio ambiente, de seu entorno, dos contextos com os quais guarda relação; reagem, se transformam, se adaptam ou sucumbem.

Isto vale também para os hospitais. Mas não é tudo. Se o hospital, como qualquer ser vivo, é o resultado de sua herança e o seu meio ambiente, como o homem, seu criador, ele é, também, um ser de vontade.

E o Hospital de Clínicas não é exceção. De herança, circunstância e vontade vem sendo escrita sua história. História que nos propomos a visitar e analisar, de suas origens a 1986: um ponto de mutação.

3.2. O HOSPITAL DE CLÍNICAS E SUAS ORIGENS

A Universidade Federal do Paraná foi criada em 1912, superando, até com alguns recursos jurídicos, vários obstáculos burocráticos, obtusos, do governo central, tais como a proibição de constituir universidades em cidades com menos de 100.000 habitantes e outras concepções da pseudo-intelectualidade cartorial brasileira, que tanto mal fez e faz ao desenvolvimento de nosso povo e nossa nação (7, 30).

Nasceu da pertinácia, da obstinação e do ideal de muita gente que trabalhou por muitos anos, desde fins do século XIX. Uma luta que resultou vitoriosa especialmente pelo trabalho perseverante, inicialmente de Victor Ferreira do Amaral e Nilo Cairo e, mais tarde, de João Ribeiro de Macedo.

Foi a primeira universidade brasileira e nasceu *Universidade do Paraná*, fruto da gente do Estado, construída com trabalho e dinheiro de paranaenses, nada recebendo do governo central além de impecilhos e atrapalhos (38). Tornou-se *Federal* em 1950, quando trocou sua autodeterminação pela dependência de verbas federais.

O Curso de Medicina foi iniciado já em 1913, formando sua primeira turma seis anos mais tarde: os primeiros médicos formados em terras do Paraná (11).

As aulas teóricas do primeiro curso médico, o curso de Obstetrícia, foram ministradas, a partir de 1912, na antiga sede da Universidade, à Rua Comendador Araújo, nº 42. A partir de 1915, já como parte do curso de Medicina, passaram a ser proferidas no majestoso edifício da Praça Santos Andrade.

As práticas hospitalares transcorriam na venerável Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, tradicional instituição assistencial fundada em 1852, que tornou-se hospital em 1880, por ocasião da visita do Imperador D. Pedro II e sua família a Curitiba. Para o ensino de Obstetrícia, o Curso de Medicina utilizava-se de outra respeitável instituição, a Maternidade Victor Ferreira do Amaral, fundada em 1930. Até este ano, e desde 1914, existira a Maternidade do Paraná, funcionando na primeira sede da Universidade, à Rua Comendador Araújo.

Assim, graças à Santa Casa de Misericórdia e à Maternidade Victor Ferreira do Amaral desenvolve-se o ensino de Medicina da Universidade Federal do Paraná até à inauguração do Hospital de Clínicas.

É, também, nestas instituições-mães, que começa a germinar a idéia da criação do Hospital de Clínicas, tomando contornos mais precisos a partir de fins da década de quarenta.

A década de 1950 foi um período de grande efervescência na história brasileira. Efervescência artística, cultural e científica, com grandes empreendimentos em todas as áreas. Uma década marcada, de início, pela morte trágica do Presidente Getúlio Vargas, mas que se transformou, em sua segunda metade, no que a memória nacional chamaria de “anos dourados”. Como nunca, respirou-se democracia, criatividade e progresso. Constituíam-se, rapidamente, um novo e amplo parque industrial. Rasgavam-se estradas. Semeavam-se hidrelétricas. Plantavam-se cidades. Alargavam-se as fronteiras para o centro-oeste e o norte, bem como nossas relações internacionais. Surgia a Bossa Nova com João Gilberto e Antonio Carlos Jobim. Encantavam-se nossas letras com a prosa de Jorge Amado, os versos de Carlos Drummond de Andrade e Vinícius de Moraes. O gênio maior de nosso urbanismo Lúcio Costa, de nossa arquitetura Oscar Niemeyer e de nosso paisagismo Burle Marx, reuniam seus talentos, sob o comando do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, para construir a nova capital no planalto central do país. E até no futebol, que costumava ser a alegria do povo, o Brasil conquistava seu primeiro título mundial com Gilmar, Djalma Santos, Belini, Newton Santos e Orlando, Zito e Didi, Garrincha, Vavá, Pelé e Zagalo.

As Universidades também floresciam, alimentadas pela crescente necessidade de tecnologia e de profissionais, pela valorização da cultura e pelo progresso generalizado.

A Medicina brasileira, até então mais influenciada pela medicina européia, em especial pela francesa, vivia novo ímpeto de desenvolvimento desde a convivência, na Segunda Grande Guerra, com a Medicina norte-americana, mais moderna e científica, e mais centrada no ambiente hospitalar. Consolidavam-se e multiplicavam-se os Hospitais Universitários no Brasil e a Universidade do Paraná sonhava com o seu Hospital de Clínicas.

Em meados dos anos 50, mais precisamente de 1950 a 1955, governou o Estado o ilustre paranaense, homem público de ampla visão e Professor da Universidade Federal do Paraná, Bento Munhoz da Rocha Neto. E era Reitor da Universidade, à época, Flávio Suplicy de Lacerda, Professor de Engenharia, que empreendia enorme esforço de construção da Universidade. Deste esforço resultariam o Centro Politécnico, no Jardim das Américas, o conjunto de edifícios da Reitoria, da Faculdade de Ciências Econômicas e da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, além da Casa da Estudante Universitária e, afinal, o tão sonhado Hospital.

Possuía o Governo do Paraná, nesta época, um terreno à Rua General Carneiro, onde fazia construir um alto edifício, destinado a sediar o futuro Hospital dos Servidores do Estado. A obra, iniciada em 1949, estava paralisada, e resumia-se à estrutura de um prédio, um espigão de concreto de 14 pavimentos, estreito, plantado em terreno íngreme, extremamente irregular.

Empenhava-se o Governo do Estado, então, na construção do Centro Cívico da Biblioteca Pública e do Teatro Guaíra, além de multiplicar escolas e estradas pelo interior do Estado.

Nestas circunstâncias, e sensível aos anseios da Medicina pelo seu Hospital de Clínicas, Bento Munhoz da Rocha ofereceu repassar o imóvel à Universidade e Flávio Suplicy de Lacerda aceitou.

Para refazer o projeto e adequá-lo a um moderno hospital-escola, a Universidade convidou o competente Professor Odair Pacheco Pedroso, renomado planejador hospitalar. Seu primeiro parecer, ao examinar o terreno e a construção já levantada, foi desalentador: -"Esqueçam". O segundo parecer não foi melhor: -"Vamos derrubar o que está feito e começar do zero". Sabia o Reitor, entretanto, que seria menos difícil obter recursos para uma obra em andamento do que para uma na estaca zero. E absolutamente impossível obter recursos para uma obra que se inicia com uma gigantesca demolição. Assim, após muita insistência, Odair Pedroso segue para São Paulo com as plantas. Meses depois, vem o novo projeto: as duas asas do bloco central eram amplamente estendidas e a construção ganharia cinco edificações anexas. Em um dos anexos, uma belíssima maternidade. Em outro, ambulatórios, alojamento para o *staff* e uma ampla biblioteca. Nos demais: patologia, laboratórios, raios x, banco de sangue e tudo mais que o mais moderno hospital poderia dispor. Um projeto extremamente arrojado para a época. Dos originais 23.000 metros quadrados empilhados em 14 pavimentos, o novo projeto saltava para mais de 40.000 metros quadrados.

Assim foi projetado. E assim foi feito. Em 1954 recomeçavam as obras que estariam prontas em 1959.

3.3. O HOSPITAL DE CLÍNICAS, DA INAUGURAÇÃO À DÉCADA DE 70

O Hospital de Clínicas da Universidade do Paraná tem três datas de inauguração: em 26 de março de 1960, pelo descerramento da placa comemorativa à inauguração dos prédios pelo Ministro da Educação, Clóvis Salgado da Gama; em 03 de julho de 1961, pelo recebimento de seu primeiro paciente e início dos atendimentos; e, em 05 de agosto de 1961, pela visita do Presidente Jânio Quadros. De todo modo, esta última passou a ser considerada a data oficial da inauguração do Hospital, então o mais moderno do Brasil, tanto em termos de arquitetura hospitalar como de tecnologia predial e de equipamentos médicos.

Do centro cirúrgico aos aparelhos de raios X, dos geradores às caldeiras, da cozinha à lavanderia, aos leitos hospitalares, tudo era novo, embora nem sempre de última geração.

Sua concepção funcional era também moderna. Estava projetado para ser um hospital de referência, para receber doentes previamente atendidos e triados em outras instituições, pelo que não dispunha de passarelas adequadas para pedestres, nem de triagem médica, pronto atendimento ou serviço de emergência. Possuía, entretanto, todas as especialidades médicas existentes à época.

Inspirado nos modernos hospitais universitários do hemisfério norte, o projeto previa o atendimento inclusive de clientela diferenciada e dispunha de quartos e apartamentos em suas instalações. Nada mais razoável. Afinal, seria o melhor hospital do Estado e teria a maior concentração dos melhores profissionais médicos, devendo, portanto, estar disponível a toda a comunidade.

Além de dispor do que havia de mais moderno, o projeto contemplava algumas peculiaridades locais. Como a enfermagem estava ao encargo das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, lhes foi especialmente destinada uma clausura no prédio da maternidade.

Recém inaugurado, o Hospital de Clínicas receberia imediatamente as clínicas, professores e alunos oriundos da Santa Casa da Misericórdia. Junto viria, também, o espírito das misericórdias, herança de seu modelo original de funcionamento, um modelo que tem aspectos positivos, como a solidariedade humana aos desvalidos mas aspectos negativos, como viver de esmolas, sejam elas donativos de beneméritos, ou verbas governamentais, além de dispor de uma administração empírica, não profissional.

A rigor, desta forma e a despeito da modernidade das instalações e equipamentos, o novíssimo Hospital de Clínicas nasceria, conservando nos primeiros dez anos de funcionamento, os mesmos modelos administrativos e assistenciais que as velhas Santas Casas adotavam para atender os desvalidos. Sequer tinha a modernidade das Santas Casas de então, que já atendiam outras faixas de clientela e tinham receitas de atendimento; nem possuía, por outro lado, o apelo das Misericórdias para sensibilizar beneméritos a contribuir com um hospital que, afinal, era órgão de governo.

Bem em seus primórdios, os apartamentos da Maternidade chegaram a ser usados para clientes particulares, mas isto não resistiu mais que poucos meses à velha ordem e aos interesses econômicos envolvidos na disputa por clientela capaz de gerar receita. Muito rapidamente, o novíssimo Hospital de Clínicas passou a ser, em termos de assistência médica, apenas uma roupa nova às tradicionais enfermarias da Santa Casa. E com dois agravantes: não dispunha do atendimento alternativo capaz de gerar receitas e, atrelado à burocracia estatal e sem doações ou receitas próprias, não tinha qualquer autonomia administrativa a nível tático ou estratégico, estando condenado a um gerenciamento meramente operacional.

Um retrato do modelo vigente na primeira década de existência do Hospital evidencia: clientela exclusivamente de indigentes; cobertura financeira exclusivamente através de verbas orçamentárias; autonomia administrativa apenas a nível operacional; prática médica como subproduto do ensino; ausência de preocupação com indicadores hospitalares (taxa de ocupação, média de permanência, custo do leito/dia, custo do paciente/dia); ausência de preocupação com pontos de equilíbrio ou economia de escala; ausência de políticas de desenvolvimento organizacional (planejamento estratégico, desenvolvimento dos recursos humanos técnico-administrativos, atualização tecnológica, crescimento e desenvolvimento institucional); compartimentalização das áreas físicas, sendo cada cátedra mais importante que o hospital como um todo e praticando autogestão independente (não apenas autônoma, o que seria adequado); concentração de atividades apenas no período matutino, com enorme ociosidade nos demais períodos; falta de atuação como parte de um sistema (ou rede) de serviços de assistência à saúde; visão dos doentes, não como pessoas que aí estavam para serem atendidas, mas como *casos*, que eram atendidos porque aí estavam, por motivos pedagógicos ou científicos, por vezes internados por mais de um ano.

Os primeiros diretores do Hospital de Clínicas tiveram sempre suas mãos atadas pela cultura vigente e pelo modelo burocrático, econômico e administrativo que engessava o hospital.

Ademais, a nomeação para Diretor do HC, cargo de confiança do Reitor, era um cargo honorífico: independia da capacitação em administração do nomeado. Por certo fizeram o melhor que puderam e prestaram grande contribuição ao Hospital, apesar da crônica falta de autonomia e recursos em que tiveram de atuar. Foram eles: Milton de Macedo Munhoz, em 1961, o Diretor que instalou o Hospital; João Átila Rocha, de 1961 a 1965; Ernani Simas Alves, de 1965 a 1967; Heinz Rücker, de 1967 a 1968; e Orlando de Oliveira Melo, de 1969 a 1971. Eloi Vicente Bettega foi Diretor Interino por 3 (três) ocasiões: 1965, 1968 e 1971, atuando quando terminava o mandato do titular até que se nomeasse outro diretor de confiança do magnífico Reitor.

O esforço mais notável destes primeiros diretores, além daquele destinado à instalação e ativação do hospital, foi a heróica capacidade de suportar e superar crises. Mas as crises que o Hospital vivenciou em sua primeira década manifestavam-se sobretudo internamente. Falta de pessoal ou falta de verbas faziam suspender internações, cancelar cirurgias, substituir feijão por lentilha e colocar mais água na sopa. Produzia-se, entretanto, pouca ou nenhuma repercussão externa, pois o Hospital atendia relativamente poucos doentes, somente indigentes e quase todos crônicos. Seus números assistenciais eram inexpressivos perante a demanda total da Capital ou do Estado; havia outros hospitais de caridade fazendo caridade, à época. A tecnologia incorporada era ainda de pequena monta e baixo custo. Os doentes não tinham a menor pressa de receber alta. As instalações eram novas e não acarretavam grandes despesas de manutenção. O quadro de pessoal era jovem e sua folha de pagamento era garantida integralmente pelo orçamento universitário.

Se os gravames aparentes eram de pequena monta, os gravames não aparentes, entretanto, eram de seríssimas consequências: atraso filosófico, atrofia gerencial, deterioração das instalações, superação científica e tecnológica, inexpressividade assistencial e queda dos padrões de ensino e pesquisa, que só resistiram em níveis adequados graças à qualidade do corpo docente, ao empenho do corpo técnico-administrativo e a soluções heróicas, produzidas por alguns setores, como a Pediatria, por exemplo, à base de promoções para angariar fundos e outras estratégias criativas de sobrevivência e desenvolvimento, como os ganchos para puxar eletricidade da rede vizinha, nos períodos de racionamento de energia.

Apesar do esforço dedicado de suas primeiras administrações, da resistência heróica de alguns setores mais comprometidos e responsáveis, e do seu riquíssimo patrimônio intelectual e imobiliário, já no início dos anos 70 o Hospital de Clínicas perdera o brilho que marcara sua inauguração. Perdera, também, a posição de liderança no cenário hospitalar do Paraná, disputada por outras instituições em melhores condições estratégicas para o progresso.

Persistia o Hospital de Clínicas submetido a um modelo de gestão fadado ao insucesso e auto-destruidor.

Subsistia, de excelência, o que sempre teve de melhor: a concentração de qualidade do seu corpo docente e técnico-profissional, apesar da composição individual ser extremamente heterogênea e variável em termos profissionais, de consciência e compromisso institucional.

3.4. O HOSPITAL DE CLÍNICAS, DE 1971 A 1986

Se nos primeiros dez anos de sua existência o modelo administrativo e funcional do Hospital, ultrapassado e perverso, produziria impactos pouco aparentes, nos anos subseqüentes seus efeitos far-se-iam perceber com total intensidade, abalando as estruturas e a consciência hospitalar e exigiriam atitudes inovadoras para superar problemas cada vez maiores.

Cabe verificar que quase todos os fatores que agravaram a crise administrativa do Hospital foram intrinsecamente positivos e saudáveis:

1. Retorno de vários médicos, já a partir da década de 60 que fizeram pós-graduações em hospitais da América do Norte e passaram a integrar-se ao corpo docente, atuante no Hospital, agregando-lhe dinâmicas operacionais e tecnologias modernas.

2. Aumento das demandas do ensino médico, pela consolidação dos programas de Residência Médica iniciados em 1963, através de um convênio do Departamento de Clínica Médica com a W. K. Kellogg Foundation. Apesar da contraposição inicial do Magnífico Reitor a Residência Médica floresceu a partir dos anos 70 e exigia um hospital de prática médica, não apenas um museu de ensino;

3. Aumento da demanda assistencial, por maior busca espontânea da população, dado o prestígio dos profissionais do hospital, e pela redução do atendimento de indigentes em todas as instituições chamadas *de caridade*;

4. Aumento da tecnologia aplicada em diagnose, pela modernização dos recursos já existentes e pela criação de inovações, tais como a automação do laboratório de análises clínicas, o surgimento da ecografia, da endoscopia por fibra óptica, da tomografia computadorizada, UTI e tantas outras;

5. Rápido desenvolvimento da farmacologia e terapias modernas, como os métodos de diálise, a quimioterapia do câncer, a antibioticoterapia de novas gerações e os transplantes de órgãos, que se iniciam nesta década;

6. Criação de novos cursos na área da saúde utilizando o Hospital para prática do ensino e pesquisa, como a enfermagem e a nutrição;

7. Ingresso de novas e mais exigentes clientelas, pelo início do atendimento de previdenciários e particulares;

8. Papel social cada vez mais expressivo em termos de assistência médica, formação de recursos humanos e pesquisa em saúde.

Como consequência destas novas e mais fortes pressões, aumentaram o volume e a diversidade dos materiais circulantes, o desgaste das instalações e equipamentos, as necessidades de pessoal qualificado e as necessidades financeiras. Tudo isto exigia um enorme esforço administrativo e a busca de novas metodologias de gestão.

Mas, se por um lado aumentaram as dificuldades de gestão, por outro lado, em contrapartida, surgiram, também, fatores favorecedores:

1. Surgem os convênios com a Previdência Social que passa sucessivamente a pagar pelo atendimento de previdenciários rurais, de contribuintes urbanos e, finalmente, por todo e qualquer atendimento, de forma universalizada;

2. As administrações neste período tornam-se mais ágeis e profissionalizadas, passam a atuar a nível tático e a iniciar procedimentos estratégicos, à medida em que o Hospital conquista alguma autonomia a partir de receitas próprias;

3. Surgem programas no MEC, viabilizando alguns recursos para investimento em obras e equipamentos;

4. Cria-se a Fundação da Universidade Federal do Paraná para o desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura, importante instrumento de agilização e flexibilização administrativa, ato de inteligência e coragem do Magnífico Reitor;

5. Renovam-se os quadros e moderniza-se a massa crítica da comunidade hospitalar.

As seguintes administrações sucederam-se neste período de 15 anos: Reginaldo Werneck Lopes, de 1971 a 1973; Alberto Accioly Veiga, de 1973 a 1984; Paulo Franco de Oliveira e Valdir Ribeiro Borba, de 1984 a 1986. José Carlos Ross e Luiz Renato Teixeira de Freitas ocuparam interinamente a Direção Geral em períodos de vacância.

- A administração 1971-1973 investiu na administração técnica, na racionalização, estabilização e controle do abastecimento dos materiais de consumo, na segurança dos acessos, na modernização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, no aprimoramento da gestão financeira, no fomento à Residência Médica criada anos antes. Enxergava o Hospital de Clínicas como parte do Sistema Estadual de Saúde e o posiciona como referência máxima da assistência médica no Estado ao participar de comissão interinstitucional para planejamento da saúde no Paraná. Busca maior integração do Hospital com a Faculdade de Medicina, ao par de estimular uma atuação mais efetiva do Hospital como instituição de assistência médica. Reforma a maternidade. Contrata novos funcionários. Cria novos serviços como a cineangiocoronariografia. Operacionaliza convênio com o FUNRURAL e celebra convênio com a CEME (Central de Medicamentos). Nesta gestão o Hospital de Clínicas ingressa, de forma irreversível, na linha profissionalizante da administração hospitalar.

- A administração 1973-1984 celebrou convênio com a Previdência Social para atendimento dos segurados urbanos e convênio com a Fundação da Universidade visando maior autonomia de gestão. Promoveu a renovação e ampliação dos quadros de pessoal técnico e administrativo do Hospital, o início da informatização e a assimilação no Hospital, dos cursos de Enfermagem e Nutrição. Determinou a reforma e implantação do Isolamento de Doenças Infecto-contagiosas, da Unidade de Terapia Intensiva de Adultos e da Pediatria, do Serviço de Pronto Atendimento, do Serviço de Emergência e da Unidade para doentes particulares no 4º andar

central, além da instalação de uma Unidade Móvel de Terapia Intensiva. Promoveu a perfuração do primeiro poço artesiano, a aquisição de uma primeira caldeira elétrica, a introdução da endoscopia por fibra óptica e da ecografia no arsenal diagnóstico, além da modernização dos equipamentos do laboratório e sua expansão, e da renovação da aparelhagem de radiodiagnóstico. Durante sua administração ocorrem os primeiros transplantes de rim e de medula óssea (este último de forma pioneira em toda a América Latina). É nessa administração que surge o primeiro e embrionário Plano Diretor do Hospital de Clínicas, sob nossa coordenação contando com a participação de excelentes colaboradores da área médica e técnica. O Hospital de Clínicas passa a ter uma expressão assistencial expressiva, consentânea com a grandiosidade de suas instalações físicas e com a qualidade de seu corpo de profissionais. Expressivos tornam-se também, conseqüentemente, os impactos das crises do Hospital sobre o ambiente externo.

- A administração 1984-1986 foi uma administração atípica, desenvolvida pela co-gestão de um professor de medicina e um administrador hospitalar tendo, acima de ambos, o Conselho de Administração com função decisória. Esta fórmula refletia uma tentativa de conciliar a necessidade de profissionalizar a administração e o temor de que tal profissionalização administrativa viesse a comprometer os programas de ensino e pesquisa. Embora bastante procedente, tal preocupação deu origem a uma solução inadequada. Sua inadequação foi conseqüência, basicamente, de cinco falhas de concepção e aplicação: estabelecia duplo-comando; atribuía ao Conselho de Administração (uma instância de deliberações estratégicas) funções executivas, de deliberações operacionais; deixava de abordar questões de essência (filosofia, missão, objetivos, estratégias), como se as dificuldades do Hospital fossem apenas de gerência operacional; não contava com legitimação junto à comunidade hospitalar; e trazia como executivo um administrador de fora, estranho aos quadros e aos problemas do Hospital.

Os quinze anos transcorridos de 1971 a 1986, apesar de suas crises financeiras, da intensificação de conflitos, das transformações conjunturais da assistência à saúde, da ciência e da tecnologia médico-hospitalar, compõem um período extremamente positivo à modernização do Hospital e de sua administração. Como uma adolescência, foi um período de mudanças e busca de uma nova identidade, ainda que de modo nem sempre percebido racional ou conscientemente.

Se nos primeiros dez anos da história do Hospital, a herança impôs-se de forma prevalente sobre uma administração de nível operacional, nestes quinze anos subseqüentes as circunstâncias prevaleceram, e produziram, ao lado de muito progresso, crises gravíssimas. Mesmo assim, a administração modernizou-se e passou a atuar a nível plenamente tático. Formou-se neste período, ademais, a suficiente massa crítica necessária às maiores transformações que estavam por vir.

Todo este conjunto de mudanças operadas a partir de 1970 e, especialmente a realidade emergente a partir dos anos 80, levariam, afinal, em 1986, a um ponto crítico - um ponto de mutação - e ao surgimento amadurecido de um novo paradigma.

3.5. 1986: PRENÚNCIO DE MUTAÇÃO

O ano de 1986 foi particularmente especial para o Hospital de Clínicas. Foi um ano marcado por uma conjugação de eventos que, interagindo massivamente sobre o Hospital, haveriam de alterar definitivamente sua trajetória.

Foi o ano do jubileu de prata, seu 25º aniversário, tempo de rememorar a história, de evocações e reminiscências. Tempo de saudade do passado que, como interpretava alguém, “não é bem do passado que se tem saudade, mas da visão de futuro que então se tinha e se perdeu”. Tempo de recordar como as pessoas conviviam mais próximas, eram mais amigas, tinham tempo para se encontrar. Uma relação bastante diferente das práticas de então: mecanicistas, impessoais, apressadas frias e distantes.

Os mais antigos recordavam do orgulho que sentiam, anos antes, em trabalhar no HC e que traziam mulher e filhos, nos fins de semana, para verem o *seu* hospital.

Na preparação da festa de aniversário levantavam-se recortes de jornais sobre o primeiro exame de hemodinâmica do Paraná, a primeira diálise, o primeiro rim artificial, o primeiro transplante renal. Lamentava-se que todas estas inovações, trazidas à comunidade paranaense com enorme esforço científico e financeiro pelo Hospital de Clínicas, acabavam por frutificar em outros hospitais e a se retrair no próprio local de introdução, que não conseguia sustentar seu desenvolvimento. Discutia-se o porquê de tantos procedimentos introduzidos pelo Hospital não conseguirem se desenvolver no próprio Hospital. Vaticinava-se que o mesmo fatalmente ocorreria com o transplante de medula óssea, feito de maneira pioneira na América Latina, em 1979, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e que estava sob graves limitações: sem verbas e com apenas dois leitos à disposição.

Lamentava-se a dificuldade da pesquisa e da introdução de novas tecnologias, e constatava-se que o Hospital perdera, em vários setores, sua posição de liderança. Recursos que outros hospitais da cidade já dispunham de há muito, o Hospital de Clínicas não dispunha. Desde tecnologias antigas, como a hemodinâmica, cujo equipamento original ficou inviável após quinze anos de uso, até tecnologias novas como a tomografia computadorizada, o acelerador linear, e a ressonância nuclear eletromagnética, pareciam sonhos inatingíveis ao Hospital de Clínicas, embora já disponíveis em outros serviços na cidade.

As manchetes recentes só apresentavam à sociedade greves, falta de medicamentos, filas, leitos desativados, crises financeiras, manifestações de médicos residentes e estudantes por melhores condições de ensino.

Mas recordava-se, também, e com orgulho, quantos médicos o Hospital havia ajudado a formar; quantos médicos residentes foram especializados; que massa enorme de pessoas consultaram, foram operadas, tratadas ou tiveram filhos no Hospital de Clínicas.

Havia o sentimento de orgulho, de auto-estima, associado à insatisfação, ao constrangimento, à dignidade ultrajada.

No contexto externo, o Brasil retomava o caminho da democracia e do pleno estado de direito, após mais de vinte anos de restrições às liberdades e à participação da sociedade na definição de seus destinos. Havia um civil na Presidência da República e eleições marcadas para a escolha de um novo Congresso Nacional, com poderes constituintes e a responsabilidade de elaborar a nova Constituição Brasileira, a carta magna das leis do país, que haveria de passá-lo a limpo.

O Reitor da Universidade iniciava sua gestão como o primeiro eleito diretamente pela comunidade universitária e trazia consigo o compromisso de promover a escolha do Diretor Geral do Hospital de Clínicas através de eleições, abrindo espaço à participação da comunidade hospitalar.

Na área da saúde, avançava o programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), criado no ano anterior. Era o primeiro passo da ampla Reforma Sanitária Brasileira que começava a organizar-se. Através das AIS, buscava-se articular esforços do Governo Federal, através dos Ministérios da Previdência e Assistência Social/INAMPS, Ministério da Saúde/SUCAM e Ministério da Educação/Hospitais Universitários, com as Secretarias Estaduais de Saúde. As Ações Integradas de Saúde visavam articular as várias redes de ações e serviços, a fim de, pela racionalização, universalizar o atendimento. O Hospital de Clínicas seria a referência máxima do Sistema de Saúde no Estado.

Neste mesmo ano estava convocada e haveria de realizar-se a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de toda a sociedade, incumbida de traçar diretrizes para subsidiar ao Governo e ao Congresso Nacional Constituinte.

Todo um clima de democracia e reorganização das instituições e da vida nacional era o que se respirava em 1986.

O clima no Hospital de Clínicas, pelas dificuldades que atravessava, era ambíguo. Um momento que era de júbilo, era, também, quase de consternação. O modelo de administração bipolar exercida por um professor e um administrador hospitalar, não obtivera êxito: produziu mais conflitos, ao invés de administrá-los, e terminou em confronto, com a demissão do administrador. O Hospital vivia um estado de desordem administrativa. A crônica falta de recursos estava agudizada. Faltavam materiais e medicamentos. As instalações e equipamentos estavam totalmente deteriorados. O revestimento dos prédios desmanchava-se com as chuvas e as caldeiras haviam sido interditadas pela Superintendência de Recursos Hídricos e Meio Ambiente, dada a poluição que continuavam a produzir apesar das reiteradas advertências prévias. Vicejavam os conflitos e os confrontos: degladiavam-se os funcionários do quadro do MEC com os da Fundação; os que defendiam o ensino degladiavam com os que defendiam a assistência; os defensores do hospital de receita degladiavam com os defensores do hospital de verba; a Residência Médica conflitava com o Internato. Os serviços assistenciais, os programas de pesquisa e os departamentos de ensino disputavam entre si os poucos recursos disponíveis; todos ressentiam-se com a falta de condições adequadas ao seu desempenho. A situação era, de fato, extremamente grave. Havia uma crise, sim, mas ela não era agitada; era triste e desiludida, indicando o esgotamento de um modelo: prenúncio de mutação.



Foto 1. Deterioração das Instalações: Destruição do sistema anti-poluidor das caldeiras.

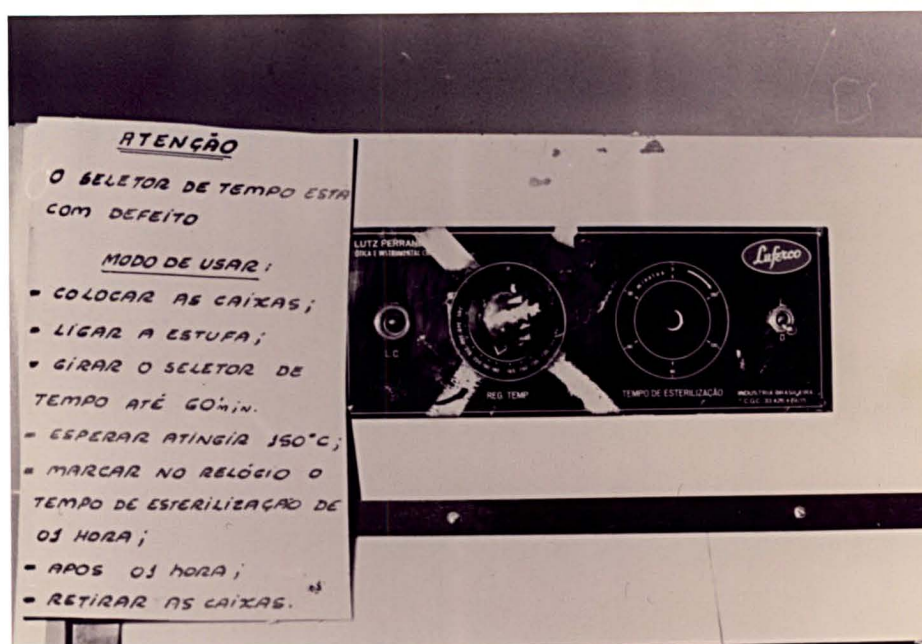


Foto 2. Deterioração dos Equipamentos: Estufa de Esterilização do Centro Cirúrgico.



Foto 3. *Desorganização Funcional:* Aspecto de uma sala de laboratório



Foto 4. *Desorganização Administrativa:* Deposição de materiais em enfermarias, corredores, secretarias, e salas de aula.



Foto 5. *Inversão de Sentidos*: Jardins e passarelas transformados em estacionamento.



Foto 6. *Inversão de Valores*: Grade de "proteção" bloqueando o acesso.



Foto 7. *Desumanização Intrínseca:* Funcionários, sem acesso ao refeitório, improvisam locais para lanche em sanitários e áreas de despejo.



Foto 8. *Desumanização Extrínseca:* Filas de espera no "Pronto" Atendimento

4. AS BASES DE UM NOVO PARADIGMA

AS BASES DE UM NOVO PARADIGMA

4.1. INTRODUÇÃO

A crise estabelecida na administração do Hospital de Clínicas em 1986 já era velha conhecida. Crônica insuficiência de recursos, agudizada em crises recorrentes, marcaram a história do Hospital, desde sua inauguração, em 1961.

Poderia parecer, à simples inspeção, que a crise de 1986 fosse apenas mais uma crise, ou uma crise mais grave, ou que estivesse acometendo um organismo mais debilitado, ou, ainda, que fosse uma expressão peculiar do momento de emotividade decorrente da comemoração do 25º aniversário do Hospital.

Parecia-nos, ao contrário, e a muitos que olhavam e viam, que se tratava de uma situação diferente, algo bem mais profundo e complexo: um ponto de saturação representado pelo esgotamento de um modelo. Um modelo que, afinal, nem poderia ser desenhado com precisão, tal era sua natureza caleidoscópica: um mosaico dinâmico que passava a cada um imagem distinta, dependendo do momento e do singular ponto de mirada.

A situação falimentar, a deterioração completa das edificações, do mobiliário, dos velhos e ultrapassados equipamentos, eram apenas sinais. A consternação da comunidade, o sentimento de luto, o abatimento e a apatia que começavam a atingir fortemente o corpo vivo do Hospital, eram sintomas. Sinais e sintomas de um modelo em fase terminal.

Se dois anos antes, em situação de crise semelhante, havia um clamor vigoroso: “Que Viva o H.C.!” o que se ouvia em 1986 era um balbuciado e desiludido lamento de desencanto. E não se podia mais responsabilizar apenas a conjuntura; nem as práticas gerenciais apenas; nem mesmo o conjunto de ambas. Esta crise final, mais do que as anteriores, era, definitivamente, uma crise de valores, de esgotamento de uma velha ordem, que só um modelo novo, com novos valores, poderia reverter.

Assim, mais do que restaurar seus prédios e substituir os velhos aparelhos, o que o Hospital de Clínicas necessitava era encontrar-se a si mesmo e redescobrir valores; ter clareza de sua missão e objetivo; tomar seu destino em suas próprias mãos, ao invés de ser levado por ventos aleatórios; inaugurar novas relações humanas; definir sua identidade e personalidade; lembrar-se de com quem tem compromissos e que compromissos são esses; rever seus rumos, seus caminhos e estratégias; humanizar-se; espiritualizar-se. Então, sim, modernizar-se administrativamente, recuperar suas instalações, renovar seus equipamentos, atualizar sua tecnologia, provisionar-se adequadamente de materiais. Enfim, tratar de seu corpo físico e suas funções orgânicas: a face visível da crise. A pura e simples adoção destas providências vegetativas, sem a precedência das primeiras, essenciais à inteligência e ao espírito do Hospital, seria efêmera maquiagem a desmanchar-se nas primeiras garoas.

A transformação exigida era profunda: uma verdadeira mutação a ser produzida pela mudança de seu paradigma, de suas crenças, valores e técnicas de administração.

4.2. PARADIGMAS E REVOLUCÕES CIENTÍFICAS

O termo paradigma vem do grego *paradeigma* e significa *modelo, padrão*.

Thomas S. Kuhn, físico-teórico, historiógrafo da ciência e filósofo, em seu livro *A Estrutura das Revoluções Científicas*, amplia e clarifica o significado do termo paradigma quando aplicado às ciências, usando-o em dois sentidos diferentes e complementares: “De um lado, significando toda a constelação de crenças, valores, técnicas, etc..., partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada. De outro, denota um tipo de elemento desta constelação: as soluções concretas de quebra-cabeças que, empregadas como modelos ou exemplos, podem substituir regras explícitas como base para a solução dos restantes quebra-cabeças da ciência normal (24).”

Diferente dos antigos historiógrafos da ciência, que relatam a evolução científica como mero processo acumulativo, Thomas Kuhn vê o progresso da ciência como um processo povoado por crises de contraditórios, momentos de desintegração de velhos paradigmas e de formulação de novos, ou seja, de novos conjuntos de crenças, valores, técnicas e compromissos que passam a governar a prática daquela ciência.

Postula Kuhn que nenhum grupo pode praticar sua ciência, seu ofício, sem um conjunto de crenças estabelecidas. Há sempre, em qualquer ciência, um pressuposto de conhecimentos e de certezas que norteiam os que nela trabalham: seus paradigmas. Ocorre que, com a prática, determinado paradigma acaba por demonstrar-se incapaz de resolver adequadamente determinados problemas ou responder a determinadas situações. Ele simplesmente não funciona segundo a maneira esperada nestas circunstâncias, revelando uma anomalia que não pode ser ajustada às expectativas não obstante esforços repetidos. Desta maneira, a ciência desorienta-se. E quando isto ocorre, isto é, quando os membros do grupo não podem mais esquivar-se das anomalias que subvertem a tradição existente, desencadeiam-se investigações extraordinárias que acabam por produzir um novo conjunto de crenças, valores e compromissos - uma nova base para a prática daquela ciência: um novo paradigma.

Thomas Kuhn chama de *Revoluções Científicas* estes episódios extraordinários nos quais ocorrem alterações radicais de pressupostos profissionais. Define as revoluções científicas como momentos de desintegração da tradição à qual a atividade da ciência estava ligada e de construção de novos paradigmas.

Newton, Lavoisier, Pasteur, Einstein, por exemplo, foram protagonistas de algumas das mais notáveis revoluções científicas. Cada um deles forçou sua comunidade a rejeitar paradigmas anteriormente aceitos em favor de um novo, incompatível com o precedente.

Há que se observar, ainda, com relação aos paradigmas e às revoluções científicas alguns pontos importantes:

1 - O ideário revolucionário encontra sempre resistência pois o novo paradigma proposto rejeita outro, preexistente e consagrado; exige mudança de visões tradicionais e altera relações de poder. Diz, a este respeito Stanislaw Graof em *A Natureza da Realidade: O Alvorecer de um Novo Paradigma* : “Enquanto o paradigma exercer fascínio sobre a comunidade científica, as anomalias não serão suficientes para questionar a validade dos pressupostos básicos. Inicialmente, os resultados inesperados são rotulados de má pesquisa (ou má prática), pois o espectro de resultados possíveis é claramente definido pelo paradigma. Quando os resultados são confirmados por experimentos (ou práticas) repetidos, está instaurada a crise. Entretanto, mesmo assim, os cientistas não renunciam ao paradigma que os levou à crise. Uma vez que uma teoria científica alcançou o estágio de paradigma, nunca será declarada inválida a menos que alternativas viáveis estejam disponíveis. Falta de congruência entre os postulados de um paradigma e as observações do mundo não serão suficientes. Por um certo período, a discrepância (ou o insucesso) será vista como um problema que eventualmente será resolvido por articulações e modificações futuras (20)”.

2 - As revoluções científicas não são definidas como tais em função da violência com que são produzidas ou de sua dimensão. Em termos científicos, um processo de transformação é definido como *revolução* quando produz *transformação radical dos conceitos dominantes*. Assim, foram também protagonistas de revoluções científicas, Hipócrates, ao dessacralizar as doenças, e Henri Ford, ao estabelecer a linha de montagem.

3 - As revoluções científicas, em seu transcurso, nem sempre são percebidas como tal, transparecendo muito mais a crise, a inadequação do paradigma vigente, a investigação livre e o conflito de proposições, passando, por vezes despercebida a sua gênese e todo o seu plano de fundo. O mesmo ocorre, eventualmente, com as revoluções sociais. O sociólogo Fernando Henrique Cardoso, em palestra proferida a convite da Presidência do INAMPS, em 1990, chama a atenção para este fato ao relatar que José Bonifácio de Andrade e Silva visitava a Europa e, de sua viagem, enviava longas missivas ao Brasil relatando o que via; em nenhum momento de suas narrativas demonstrou perceber que estava em pleno epicentro da Revolução Francesa.

4 - Um novo paradigma só é testado quando ocorre uma falha persistente na resolução de um quebra-cabeça importante, criando-se uma crise que oportuniza a competição de candidatos a paradigma rivais. O candidato a novo paradigma deve oferecer soluções para problemas cruciais onde o velho paradigma falhou, preservando a capacidade de solução do seu predecessor, e propiciar resolução de problemas em novas áreas (24).

5 - Uma vez aceito, um paradigma torna-se poderoso catalisador de progresso, no que Kuhn denomina *período de ciência normal* em contraposição à *ciência extraordinária* característica dos períodos de caos conceitual (24).

6 - Nenhum paradigma pode adequar todos os fatos e fenômenos existentes. A natureza relativa de qualquer paradigma deve ser claramente reconhecida (24).

7 - Os paradigmas desempenham um papel ambíguo: são essenciais ao progresso mas funcionam como camisas-de-força conceituais. Têm, portanto, intrinsecamente, função progressista e reacionária, em diferentes estágios de sua existência (24).

8 - Velhos paradigmas nunca devem ser desterrados. Muitos deles não são propriamente errados desde que aplicados a situações e fenômenos apropriados. Segundo Kuhn, velhas teorias podem ser salvas e mantidas como corretas quando sua esfera de aplicação for definida adequadamente e a evidência experimental justificar seu uso (24).

9 - Há, por vezes, um tempo longo de latência até que um novo paradigma desloque o velho. Charles Darwin em seu livro *A Origem das Espécies* registra : “Embora eu esteja plenamente convencido das perspectivas apresentadas neste volume... de maneira nenhuma espero convencer naturalistas experientes, cujas mentes estão repletas de multidões de fatos, catalogados por longos anos segundo um ponto de vista diametralmente oposto ao meu... Mas olho com confiança para o futuro - para naturalistas jovens que surgirão e que serão capazes de enxergar os dois lados da questão com imparcialidade”. Mais forte ainda é o comentário de Max Planck em sua *Autobiografia Científica*: “Uma nova verdade científica triunfa não porque convença seus oponentes, fazendo-os ver a luz, mas porque eles eventualmente morrem e uma nova geração cresce familiarizando-se com ela (24)”.

10 - A adoção de um novo paradigma, entretanto, não ocorre passo a passo, como consequência inexorável da evidência e da lógica. A mudança é súbita, e dá-se em um rasgo de percepção da massa crítica (24).

4.3. A FLUTUAÇÃO DOS SISTEMAS DE VALORES, CRISE E PONTO DE MUTAÇÃO

Em seu livro *Ponto de Mutação*, Fritjof Capra, físico e filósofo, analisa a revolução da física moderna como prenúncio de revoluções iminentes em todas as ciências: uma reação sistêmica propiciada por uma nova visão do mundo, um novo conjunto de pensamentos e valores que vêm permeando nossa sociedade em todos os ramos da atividade humana (6).

Capra constata que há crise em todas as áreas e observa, também, a incapacidade de nossos melhores cientistas em avançarem na solução concreta de um conjunto de problemas, tais como a poluição, a miséria, a violência urbana, as disparidades sociais. Atribui esta crise universal a paradigmas petrificados da sociedade atual, extremamente limitados e necessitados de urgente substituição, quais sejam:

- a) O método científico como a única abordagem válida do conhecimento;
- b) O universo como um sistema puramente mecânico, composto apenas de unidades materiais elementares;
- c) A vida em sociedade como uma luta competitiva pela existência;
- d) O progresso material como o objetivo essencial da vida, a ser alcançado pelo crescimento econômico e tecnológico;
- e) A super-especialização segmentadora do entendimento e da ação das pessoas e governos, como diretriz de formação profissional.

A causa da gigantesca crise vivida pela sociedade moderna está na falência destes paradigmas em resolver os problemas do homem. E, para entendê-la, é necessário adotarmos uma perspectiva extremamente larga e vermos a situação do mundo no amplo contexto da evolução cultural, desde seus primórdios, revisitando a história das civilizações ao longo dos séculos, substituindo a noção das estruturas sociais estáticas pela percepção de padrões dinâmicos de mudança que seguem a flutuação de sistemas de valores sociais.

As estruturas sociais, como as próprias civilizações, não são estáticas. Arnold Toynbee em seu livro *A Study of History* (6), identifica a ascensão e queda das civilizações cumprindo um padrão cíclico que se repete: gênese-crescimento-colapso-desintegração.

O sociólogo Pitirim Sorokin, em sua obra *Social and Cultural Dynamics* (6), aborda a questão da flutuação de sistemas de valores e seus efeitos sobre todos os aspectos da sociedade, uma das bases do padrão cíclico de ascensão e queda de culturas e civilizações observado por Toynbee. Segundo Sorokin, há três paradigmas básicos manifestando-se na História, alternadamente: o sensualista, o ideacional e o idealístico.

No modelo sensualista, os valores são essencialmente materiais. A matéria é a realidade única e os fenômenos espirituais são meras manifestações da matéria. Os valores éticos são relativos e a percepção sensorial é a única fonte de conhecimento e verdade.

No modelo ideacional, os valores são diametralmente opostos. Este modelo sustenta que a verdadeira realidade situa-se além do mundo material: no domínio espiritual. Sustenta que o

conhecimento pode ser obtido através da experiência interior. Preconiza valores éticos absolutos e padrões sobre-humanos de justiça, verdade e beleza.

Sorokin afirma que a interação cíclica, pendular, dos modelos sensualista e ideacional produzem, em um estágio intermediário, um terceiro paradigma: o modelo idealístico, síntese harmonizadora dos padrões extremos. Segundo as crenças idealísticas, a verdadeira realidade é constituída de aspectos sensoriais e super-sensoriais, coexistindo em uma unidade que abrange tudo.

Nos períodos culturais idealísticos, manifestam-se as mais elevadas e nobres expressões dos estilos sensualista e ideacional produzindo equilíbrio e plena realização estética nas artes, filosofia, ciências e tecnologias.

A Grécia dos séculos V e IV antes de Cristo e o Renascimento (séculos XV e XVI) são exemplos de períodos *idealísticos*. A Idade Média (do século VI ao XIV) é um período tipicamente *ideacional*. Os séculos XVII, XVIII e XIX constituem um período *sensualista* marcado pelo sistema de valores do Iluminismo, pelas concepções científicas de Descartes e Newton e pela tecnologia da Revolução Industrial. O século XX é ainda parte deste período *sensualista*, mas tais valores e idéias estão em declínio neste fim de século como previu Sorokin, já em 1937, apontando, com grande antevisão, as convulsões sociais que estamos testemunhando hoje.

Vista sob esta óptica, a óptica histórica da flutuação dos sistemas de valores ao longo dos séculos, a crise que estamos atravessando hoje em nossa sociedade e que se manifesta em todas as nossas instituições, deve ser encarada como parte de um processo de transformação profunda e não como uma síndrome circunscrita. Seus sinais e sintomas não coexistem por mera coincidência mas fazem parte de um processo único, subjacente, de fantásticas proporções, causado pelo esgotamento de um modelo, de um conjunto de paradigmas que têm se demonstrado incapazes ou inadequados para resolver os problemas do homem, de suas sociedades, da civilização contemporânea.

Os chineses, que de há muito percebem a associação direta que existe entre crise e mudança, grafam a palavra crise com dois caracteres: *wei ji*, que significam perigo e oportunidade. É um sábio alerta.

O desfecho desta crise que acomete como uma doença sistêmica todo o organismo social do planeta, cada país e cada uma das organizações humanas, pode ser o prenúncio do colapso e da desintegração ou o advento de um novo período idealístico, em que a cultura sensualista vigente será mesclada de valores ideacionais, onde agregaremos à fragmentada e super-especializada concepção cartesiana, a visão holística, sistêmica, da inter-relação e interdependência de todos os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais; onde daremos oportunidade ao processo mental intuitivo ao lado do pensamento racional; onde será revalorizada a transcendência do homem à matéria e ele reencontrará sua alma. O progresso científico, tecnológico e econômico far-se-á acompanhado de justiça social, desenvolvimento da pessoa humana e respeito pela natureza, permitindo que a vida deixe de ser competição para tornar-se cooperação.

Fritjot Capra, assim como Pitirim Sorokin, aponta para a aproximação de um “Ponto de Mutação”, um ponto de viragem de nossa civilização neste final de século XX. Não haverá de ser uma simples adaptação, nem mesmo uma transformação fenotípica (de aparências externas). O que nos aguarda será uma verdadeira mutação, com a substituição de crenças, valores e técnicas constitutivos de um novo código genético social que está sendo construído agora.

A agudização da crise e o colapso do bloco socialista desencadearam-se mais precocemente por seu modelo sensualista mais pobre e repressivo de liberdades elementares do homem. Mas um quadro provavelmente mais grave está se formando em países ocidentais como os Estados Unidos da América e o Brasil, caracterizado por gravíssimos desequilíbrios sociais, perda de valores éticos, aumento da miséria e dos bolsões de miséria, agravamento da violência do homem contra o homem e o meio-ambiente, pelo ressurgimento da intolerância racial, do segregacionismo, do separatismo.

Se a sociedade está em crise de valores, em crise estão, também, todas as suas instituições: dos governos aos partidos políticos, das igrejas às universidades, das cidades às agrovilas, das empresas às artes, a todos os ramos da atividade humana.

Aos hospitais brasileiros, especialmente aos universitários, esta crise de valores da civilização moderna tem produzido impactos de forma particularmente contundente. Como poucas instituições, eles vem sofrendo de pleno o impacto da revolução científica e tecnológica das ciências médicas, as transformações da concepção social da saúde como direito de cidadania, os embates políticos e ideológicos do período de obscurantismo cívico dos governos militares, o agravamento da pobreza e da miséria de nossa população, os desafios da administração financeira, de custos crescendo de forma exponencial, a desumanização do modelo sensualista-tecnológico, os conflitos intestinos das diferentes culturas e concepções.

Por isto mesmo, as crises por que tem passado os hospitais universitários são particularmente graves. Não são meras crises financeiras ou administrativas. São crises existenciais, crises de valores, de próprio-percepção e de percepção da realidade. Todos têm tido conflitos e perplexidades na busca de sua identidade, na definição de seus paradigmas. Alguns, talvez, nem mesmo se tenham dado conta de que estão no epicentro de sua própria mutação. Outros começam, já, a achar a solução.

Neste processo, cuja resultante será ou a desintegração ou a construção de uma nova era de efetivo desenvolvimento, a elaboração de novos paradigmas é a chave do dilema, a resposta capaz de produzir a mutação desejada conforme o ideal das transições culturais harmoniosas do I Ching chinês, o Livro das Mutações (40), uma das mais antigas fontes de sabedoria da humanidade: “Ao término de um período de decadência sobrevém o Ponto de Mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgir. Há movimento mas este não é gerado pela força... O movimento é natural, surge espontaneamente, pelo que a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado, e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, dano algum (6)”.

4.4 O MODELO VIGENTE EM 1986

Como vimos, no primeiro semestre de 1986, o Hospital de Clínicas transitava por outra de suas crises.

Havia uma crítica falta de dinheiro à qual atribuíam-se todos os seus outros males:

- a decadência das instalações e dos equipamentos prediais e médicos;
- o desabastecimento de materiais de consumo, desde medicamentos até alimentos para os doentes;
- a carência de recursos humanos, especialmente de enfermagem e de outros profissionais não-médicos;
- o comprometimento do desempenho assistencial com filas, demora no atendimento e demanda reprimida a nível ambulatorial, leitos desativados, cirurgias restritas, laboratórios congestionados, procedimentos de alta complexidade praticamente interrompidos;
- o comprometimento dos programas de ensino, especialmente dos que são serviço-dependentes, tais como as aulas práticas, o Internato e a Residência Médica;
- a inviabilidade dos trabalhos de investigação e pesquisa;
- limitações graves dos títulos da biblioteca pela suspensão da assinatura de vários periódicos importantes;
- incapacidade da organização, seus sistemas e métodos em darem respostas gerenciais adequadas;
- insatisfação, frustração e revolta do corpo discente, do corpo técnico-administrativo, do corpo docente e da própria administração;
- alienação e evasão de bons profissionais que deixavam o Hospital em busca de melhores oportunidades de desempenho e realização;
- atritos freqüentes com clientes e seus familiares;
- dívidas e atrasos de pagamento a fornecedores com restrição ao crédito;
- ação pública da vizinhança contra o Hospital, através da Secretaria do Meio Ambiente, em função da poluição produzida por suas caldeiras;
- desinteresse da sociedade pelo Hospital cuja imagem pública era, por todo este quadro, absolutamente deplorável.

Este conjunto de situações, entretanto, era apenas a manifestação visível de uma crise interna muito mais grave: era a falência de um velho paradigma - um paradigma superado que induzia a um modelo de gestão inadequado à solução dos problemas do Hospital e que o condenava a uma condição de mediocridade crônico-degenerativa ou mesmo ao risco de fechamento. As várias situações críticas observadas eram meras variantes de um mesmo desfecho iminente: colapso e desintegração.

E que paradigma era aquele? Quais eram aquelas crenças, valores e técnicas que frustravam o desenvolvimento do Hospital de Clínicas em 1986?

A primeira era a crença de que todos os problemas do Hospital decorriam da falta de recursos orçamentários/financeiros. Que se houvesse dinheiro suficiente tudo estaria resolvido. Embora se saiba que o capital nada mais é do que poupança de trabalho, e a despeito de que sua

importância não seja mais relevante que a do trabalho, da tecnologia, ou da matéria prima, a ênfase dada à questão financeira no velho paradigma era tamanha, que ela tornara-se mais do que hegemônica: tornara-se absoluta. Assim, esta crença embotava o pensamento e os sentidos, cerceava o amplo entendimento da crise vivenciada e impossibilitava o encontro de soluções criativas.

O segundo pressuposto do velho paradigma, intrinsicamente associado ao primeiro, era a crença de que o provimento financeiro ao Hospital é responsabilidade e compromisso essencialmente do Governo Federal. Tal entendimento, de cunho ainda mais reducionista que o primeiro, era outro fator fortemente indutor de fatalismo administrativo, e de uma relação que a Análise Transacional definiria como criança-pai entre o Hospital e o Governo Federal (35).

O terceiro elemento do velho paradigma era a percepção do Hospital como um patrimônio do Governo. Era como se relevante fosse o patrimônio; e como se o Governo fôsse um ser alienígena, algo dissociado do povo. Tal percepção impedia que o Hospital se assumisse como um conjunto de compromissos sociais; como algo pertencente à própria sociedade. O entendimento do Hospital como patrimônio do Governo obscurecia sua concepção como instrumento de desenvolvimento social de responsabilidade de todos. As funções sociais do Hospital eram, pois, uma abstração quase intangível no velho paradigma, apagada pela concretude de um modelo essencialmente materialista.

Um quarto entendimento, bastante rigoroso do velho paradigma, era ter o Hospital de Clínicas como um ambiente essencialmente de ensino e pesquisa, e que, portanto, tudo o mais ou seria irrelevante ou de menos valia. A assistência médica era tida como mero insumo às funções de ensino e pesquisa. A própria visão do doente não era prioritária. Dentro, ainda, desta visão artificialmente fragmentadora e conflituosa dos objetivos finalísticos do Hospital, incluía-se o entendimento da administração hospitalar quase como um mal necessário: uma simplória atividade-meio, pouco relevante.

Outro componente do velho modelo era a visão das partes como mais importantes que o todo. O atendimento das demandas gerenciais era centrado nas unidades, de forma frequentemente casuística, sem articulação/integração harmoniosa dos elementos. Tal prática, decorrente de uma visão cartesiana, especializada e elementar do Hospital, induzia fortemente à competição as suas cento e vinte unidades de execução (departamentos, clínicas, serviços e seções) e não permitia colocá-los em ponto de equilíbrio. Vale lembrar que as múltiplas unidades de execução de um grande hospital funcionam como um grande comboio: deslocam-se sempre na velocidade do mais lento, independente da enorme agilidade de um ou outro dos seus elementos. E isto é tanto mais verdadeiro quanto mais infra-estrutural for o serviço. Quer dizer: um colapso no abastecimento do vapor compromete mais o desempenho do hospital do que uma crise em determinada super-especialidade cirúrgica, por exemplo.

Compunha, ainda, o velho paradigma a concepção do pessoal como mera força de trabalho e do trabalho como simples elemento de produção de bens e serviços. Tratava-se de uma concepção de natureza essencialmente mecanicista do trabalho e do trabalhador, quase despreocupada com o desenvolvimento dos trabalhadores enquanto pessoas e profissionais, membros de uma equipe

multi-profissional, o próprio corpo vivo da Instituição, reponsáveis, cada um em seu papel, pelo funcionamento harmônico do todo. Além disso, o reconhecimento da indiscutível importância do papel do médico era acompanhada de uma visão de menor importância dos demais profissionais da saúde.

Finalmente, vale apontar como elemento do velho paradigma, o modelo fechado, quase confidente, da Administração superior. Um modelo pouco participativo e pouco comunicativo de gestão, que contribuía fortemente para a falta de compreensão pela comunidade do Hospital como um todo, de cada uma de suas partes e da natureza de seus problemas. Um modelo que comprometia a percepção da corresponsabilidade e dos compromissos de cada um, fazia proliferar conflitos, desconfianças e desagregação interna.

Fatores não-paradigmáticos, mas que compunham o padrão vigente em 1986 eram, ainda:

- uma prática de administração por crise, carente de planejamento de longo prazo, estruturado sobre planos diretores;
- uma fraca visão do Hospital como parte de um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde pública;
- falta de empenho na modernização administrativa da organização, seus sistemas e métodos de trabalho;
- ausência de uma política de qualidade permeando todas a unidade do Hospital;
- a falta de uma visão ecológica do Hospital como parte de um ambiente físico, funcional e intelectual que começa a explicitar-se a partir de seus muros e termina por transcender as fronteiras do país; e
- a endogenia e a despreocupação em buscar relações interinstitucionais capazes de arejá-lo através da troca de experiências, idéias, métodos e valores.

Por outro lado, e como aspecto positivo da crise vigente em 1986, tinha-se uma situação de caos conceitual. Questionava-se tudo: a própria identidade do Hospital, sua missão, seus objetivos, suas crenças, valores e métodos de trabalho e de gestão. Era um quadro que Thomas Kuhn definiria como um período de *ciência extraordinária*, prenúncio da mutação de paradigmas (24).

4.5. AS PROPOSTAS A UM NOVO PARADIGMA

Manhã de abril, 7:30 horas, dia limpo, céu claro. Aguardo a chegada dos estudantes para iniciar a aula. Da janela da sala 1.111 avisto o Passeio Público todo verde, o maciço de edifícios do centro de Curitiba, a cúpula do Teatro Guaíra. Mais abaixo, ainda tomado pelas sombras do próprio Hospital, o pátio apinhado de carros sobre as passarelas e canteiros, tomando todos os espaços. O Pronto Atendimento congestionado por ambulâncias de todo lugar do Paraná e Santa Catarina. Centenas de pessoas, como formigas, passam em todas as direções. Não param de chegar, subindo e escorregando pelas rampas de acesso, estreitas e lisas. Uma longa fila de pessoas, aguardando atendimento, serpenteia entre os carros parados sobre as calçadas até fazer uma grande curva em direção ao bloco central. Uma alta e extensa grade de ferro projeta-se, em continuidade ao muro de arrimo, interceptando as passarelas. Os carros passam livremente. As pessoas comprimem-se entre eles.

Exasperava-me aquela grade de ferro, as calçadas estreitas e escorregadias; os carros sobre os jardins, as passarelas, as pessoas. Exasperava-me, sobretudo, ver aquelas filas de gente resignada, sem voz, sem direito, sem cidadania. Exasperava-me todo o simbolismo envolvido naquela fotografia: a inversão dos valores. Exasperava-me, ainda, o “silêncio obsequioso” que eu me impusera havia quase dois anos, embora ele me fizesse crescer em meu isolamento.

Terminada a aula, dois funcionários administrativos do Serviço de Pronto Atendimento me aguardavam: queriam que eu fosse candidato, apoiado pelos funcionários, a Diretor do Hospital. Convidavam-me para debater a Administração Hospitalar com a comunidade. Eram meus amigos. Havíamos trabalhado juntos e agradei o convite. Mas ponderei que, por certo, os grupos articulados já haveriam de ter propostas prontas e candidatos dispostos a defendê-las. Já eu, nunca estivera atrelado a tais grupos ou a posturas maniqueístas e fechadas. Sempre rejeitei o atrelamento a uma só tese ou antítese. Sempre prefiri navegar livremente o pensamento entre elas e achar livremente a verdade. Sempre procurei trabalhar por adição e não por exclusão. Finalmente, eu já fora Diretor Médico do Hospital, de 1982 a 1984, e coordenara a montagem de um primeiro plano estratégico. Minhas posições com relação ao Hospital de Clínicas e sua administração, embora abertas, eram bem definidas e conhecidas. Desagradavam a alguns mentores do pensamento socialista e liberal e haviam sido rejeitadas por ambos os lados, anteriormente. Eu estava de castigo há dois anos, restrito à sala de aula, às enfermarias com os alunos e à biblioteca. Não era o primeiro castigo que eu recebia por defender minhas verdades, mas aprendera a aproveitar o castigo. Embainhada a espada, estudava e amadurecia. E refletia sobre Mahatma Gandhi: “Não Subserviência. Não Obediência. Não violência”. Estava pouco propenso a voltar à rinha.

A crise de 1986, entretanto, trazia a percepção de que o modelo vigente de gestão fora inadequado à resolução dos problemas do Hospital e sinalizava para o esgotamento de uma velha ordem. Projetava-se agora, muito claramente, a necessidade de uma transformação profunda na administração, redefinindo seus valores, sua essência e suas práticas. Éramos todos parte deste processo e parecia haver espaço para um repensar desarmado. Assim, aceitamos o debate, embora sem qualquer compromisso de candidatura.

As idéias que levávamos aos debates foram colhidas no convívio de muitos anos com a comunidade do Hospital, na vivência prévia na Direção do HC, em estudos de Administração Hospitalar e Administração de Empresas e de uma sede inesgotável de leitura. A maioria destas idéias constava da proposta apresentada e rejeitada em 1984. Elas representavam um modelo novo de gestão, em muitos aspectos oposto ao vigente, e pretendiam embasar a construção de um novo paradigma no curso de seu próprio exercício. Embora envolvessem crenças, valores e técnicas, as idéias apresentadas eram ainda propostas a orientar a transformação da gestão hospitalar. Eram, então, apenas marcas de um caminho para se atingir a construção do novo e não uma receita pronta e acabada. Acreditávamos nelas e as oferecíamos para serem efetivamente aplicadas. Mas eram abertas, com amplos espaços de liberdade para criar e agregar, em torno de seus eixos, ou mesmo para terem rejeitadas ou substituídas partes que se mostrassem inadequadas.

Propúnhamos substituir a visão fragmentadora, desagregadora e competidora das várias naturezas do Hospital (serviço de assistência médica ou escola de saúde ou ambiente de pesquisa

ou empresa) por uma visão integradora e harmonizadora de todas as suas diversas concepções. Em termos mais amplos, pretendíamos substituir o raciocínio alternativo pelo raciocínio aditivo no trato dos contraditórios, neste e em outros dilemas, sempre que possível.

Tínhamos a percepção do hospital como um ser vivo, que necessitava encontrar sua alma e definir sua face, sua identidade. Víamos, ademais, o Hospital como uma instituição de pessoas, produzindo serviços para pessoas, que necessitava urgentemente humanizar-se e internalizar o conceito de cliente, consumidor, usuário.

Propúnhamos a valorização dos papéis sociais do Hospital em termos de assistência médica, ensino e pesquisa e sua explicitação ao conhecimento de toda comunidade. Víamos neles o real sentido do Hospital e o real motivo para uma forte aliança com a sociedade. Entretanto, era preciso que tais compromissos fossem resgatados e reconhecidos por todos. Ademais, valorizávamos o papel da administração hospitalar como um verdadeiro papel social, de vez que envolve atividades que suportam as funções de assistência, ensino e pesquisa, sendo essencial profissionalizá-la.

Propúnhamos uma política de recursos humanos centrada no desenvolvimento pessoal e profissional dos funcionários, na visão do trabalho como meio de desenvolvimento das pessoas; no recrutamento, avaliação e seleção permanentes e em um sistema de apoio ao servidor.

Entendíamos a performance com excelência como sendo um compromisso atávico do Hospital, por ser ele um hospital, por ser universitário, por ser a referência máxima e o modelo para toda a rede de serviços de saúde do Estado. No linguajar universitário o termo excelência significa desempenho com qualidade em níveis máximos. Entendíamos que tal padrão de qualidade devia permear todas as atividades do Hospital: tanto as de ensino e pesquisa como as de assistência à saúde e de administração hospitalar.

Propúnhamos uma política de administração técnica e financeira capaz de conduzir à auto-sustentação, e defendíamos a adoção do planejamento estratégico. Víamos no binômio auto-sustentação/planejamento estratégico as vias da autodeterminação e do desenvolvimento sustentado, expressões concretas da tão desejada autonomia.

Propúnhamos abrir a administração à participação da comunidade hospitalar e estimular parceiras com organizações governamentais e não governamentais que pudessem contribuir com o desenvolvimento hospitalar, com sua qualificação, e facilitassem o resgate de seus compromissos com a sociedade.

Propúnhamos, finalmente, um programa de modernização administrativa permanente, que racionalizasse ao máximo a organização, os sistemas e os métodos de trabalho e fosse capaz de valorizar ao máximo os mínimos recursos disponíveis.

Estas crenças, valores e técnicas, que embasavam nossas propostas de transformação do modelo administrativo do Hospital, foram intensamente debatidas e ampliadas nos vários encontros e debates com a comunidade hospitalar.

No debate aquelas crenças, valores e técnicas adquiriram clareza e novos significados, num processo de síntese que continuaria pelos próximos anos. Havíamos dado nossa contribuição.

Então... passaram-se os dias e as semanas... e, surpreendentemente, não surgiram candidatos: nem da esquerda nem da direita. Comentava-se, à época, que sendo a situação do Hospital tão crítica, gente de bom senso não se ofereceria para administrá-la; não por vontade própria. Não acreditávamos nisto. Primeiro, porque, por mais grave que fosse a crise, o Hospital poderia superá-la; segundo, porque o medo nunca foi atributo de gente do Hospital de Clínicas. Antes, pelo contrário, foi justamente a coragem desta gente que sustentou o Hospital através de tantas dificuldades. Parecia-nos mais plausível que a ausência de candidatos fosse mais um sintoma do ponto de mutação. Um momento especial, igual ao silêncio da natureza ao pôr-do-sol, em que toda a massa crítica questiona os valores estabelecidos e questiona seus próprios valores individuais, criando uma situação de identidade diante da perplexidade: um denominador comum que gera abertura e liberdade para as grandes transformações; que enfraquece os arquétipos e os preconceitos, e oportuniza criar o novo.

Afinal, após várias reuniões com representantes dos funcionários, com colegas professores, com estudantes e médicos residentes, com os companheiros do Conselho Regional de Medicina e com o diretor do Hospital, registramos nossa candidatura, no último dia de inscrição.

Havia, então, um candidato. Havia o que era mais importante: uma proposta formulada pela coletividade, com novas técnicas, velhas crenças e velhos valores que finalmente vinham à luz. E havia o absolutamente essencial: uma comunidade decidida a construir um tempo novo, um novo Hospital, fruto de sua própria vontade e energia.

5. CONSTRUINDO UM NOVO PARADIGMA

5.

CONSTRUINDO UM NOVO PARADIGMA

5.1. INTRODUÇÃO

Nascida do funcionalismo, acolhida por professores, estudantes e médicos residentes, a nossa candidatura foi única mas não solitária. O vazio de candidatos não era um vácuo, era um espaço preñado de desarmamento de espíritos e de vontade de reconstruir a casa no melhor sentido do que disse Gibran: “Construí com vossos sonhos um abrigo no (vosso) deserto (interior), antes de construir uma moradia no recinto da cidade. Porque da mesma forma por que voltais para casa no crepúsculo, assim faz o viajante que vive em vós, o sempre distante e solitário. Vossa casa é vosso corpo mais largo. Cresce ao sol e dorme no silêncio da noite e ela também tem sonhos.”

Nosso sonho, a proposta que apresentávamos a fecundar um novo paradigma à administração do Hospital das Clínicas foi extremamente enriquecida nas inúmeras reuniões e debates que tivemos com os vários segmentos da comunidade hospitalar antecedendo à eleição. Pudemos auscultar os sentimentos de cada grupo e recebemos inúmeras contribuições. Dezenas de contribuições foram acolhidas, algumas ficaram em aberto para estudo e apenas duas tivemos de rejeitar: apoiar movimentos de paralisação e convocar eleições diretas em todos os níveis da administração hospitalar. Quanto ao apoio às greves procuramos deixar claro que as respeitaríamos dentro do Direito, mas que, como Diretor, faríamos o máximo esforço para não interromper o atendimento aos doentes, ao ensino e à pesquisa em qualquer hipótese. Quanto às eleições diretas em todos os níveis da administração hospitalar esclarecemos que não abriríamos mão de escolher e montar nossa própria equipe, mesmo porque, sendo o Hospital uma unidade orçamentária, seríamos seu único responsável legal perante a sociedade, o Tribunal de Contas da União, em

juízo e fora dele. Tudo o mais que nos foi trazido pela comunidade era plausível, possível e foi acolhido, inclusive a justa reivindicação por uma creche para os filhos dos funcionários, algo que parecia utopia diante de tantas outras prioridades e do decaimento do Hospital.

A primeira eleição para Diretor Geral do Hospital de Clínicas transcorreu de forma tranqüila, sem agitação ou panfletagem. Votaram 72% dos funcionários, 58% dos Residentes, 42% dos alunos e 56% dos professores, num total de 1.576 votos. A aprovação veio de 83% dos funcionários, 68% dos Residentes, 84% dos alunos e 84% dos professores. Um apoio forte a uma proposta ousada.

A posse ocorreu a 1º de julho de 1986, em cerimônia sóbria, de poucas pessoas mas extremamente cordial, no gabinete do Reitor (39). Às 11 horas, já estávamos de volta ao Hospital, iniciando, pelo 15º andar, um mutirão de limpeza, uma ampla faxina que removeria mais de quinze caminhões de entulho. Convocamos eleições para o Conselho de Administração. Derrubamos as grades de ferro. Devolvemos as calçadas aos pedestres; às flores, os jardins.

Se nos primeiros dez anos a administração do Hospital fora conduzida prevalentemente pela herança, sem autonomia administrativa, atuando apenas a nível operacional; se nos quinze anos seguintes ela fora levada mais pelas circunstâncias, lutara também bravamente e já produzira transformações a nível tático; o que iniciávamos, a partir de 1986, era a construção de um novo paradigma, um novo modelo que fizesse prevalecer a vontade da própria instituição. Um modelo que lhe permitisse conduzir-se a si mesma, através de uma administração de nível plenamente estratégico. Não mais escravizado à burocracia estatal, não mais oscilando aos ventos das circunstâncias, mas usando todo o seu rico valor intrínseco e as próprias circunstâncias para construir seu futuro.

O Hospital haveria de ser feito de pessoas, por pessoas, para pessoas: **Cidadãos Brasileiros!**

5.2. DOS NOVOS VALORES ÀS POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO

Iniciamos a gestão 1986-1990 com um projeto de reerguimento do Hospital de Clínicas baseado na reforma profunda de sua administração a partir da adoção, na prática, de um novo conjunto de crenças, valores e técnicas.

Acreditávamos e pretendíamos uma gestão integradora e harmonizadora das várias e por vezes contraditórias naturezas do Hospital.

Víamos o Hospital como um ser vivo, dinâmico, formado por pessoas em processo de crescimento, produzindo bens e serviços para pessoas. Pessoas com direitos. Percebíamos que ele necessitava humanizar-se e relacionar-se mais adequadamente consigo mesmo, com a sociedade e com outras instituições; ser mais aberto à participação da comunidade e a parcerias que facilitassem o seu desenvolvimento.

Entendíamos o Hospital como um conjunto de compromissos ou funções sociais. Tínhamos a melhoria da saúde do povo como a sua missão, sua própria essência, sua razão de ser. Entendíamos a assistência, o ensino e a pesquisa em saúde como seus objetivos maiores e indissociáveis.

Mirávamos seu desenvolvimento com qualidade, em níveis de excelência, manifestando-se em todas as suas funções, áreas e serviços. Qualidade, não apenas voltada a satisfazer padrões técnicos mas também, e importantemente, à satisfação de todos os usuários.

Propúnhamos a auto-sustentação financeira por receitas e o planejamento estratégico como caminhos à autonomia e à autodeterminação.

Entendíamos fundamental que a administração hospitalar fosse valorizada como função de maior valia, objetivo também prioritário porquanto pré-quesito indispensável ao resgate dos compromissos finalísticos do Hospital. Projetávamos o desenvolvimento dos recursos humanos e a modernização administrativa permanente como veículos à profissionalização da administração e ao desenvolvimento auto-sustentado.

Pretendíamos construir, de forma participativa e coletiva, uma nova administração e um novo Hospital, capazes de honrar seus compromissos com a sociedade.

À luz desses novos pressupostos, não apenas novas crenças, valores e técnicas mas, em verdade, os grandes planos estratégicos da nova administração (de vez que definiam sua missão, objetivos e estratégias), foram forjadas e implementadas políticas setoriais, os grandes planos permanentes que nortearam a administração hospitalar:

- Política de Modernização Administrativa e Reorganização do Trabalho;
 - Política de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos ;
 - Política de Valorização das Linhas Profissionais;
 - Política de Auto-Sustentação Econômica e Administração Financeira;
 - Política de Readequação Arquitetônica e Administração Predial;
 - Política de Atualização Tecnológica;
 - Política de Afirmação da Identidade Institucional;
 - Política de Comunicação Social;
 - Política de Participação Comunitária e Relações Interinstitucionais;
 - Política de Desenvolvimento dos Serviços Assistenciais;
 - Política de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino; e
 - Política de Apoio ao Desenvolvimento da Pesquisa.
-

Vale observar que *plano* é todo e qualquer produto de planejamento e há várias formas de classificá-los. Para os propósitos de nosso trabalho adotamos a classificação descrita por Megginson *et al* (26) que classificam os planos como:

- 1) Planos Estratégicos - aqueles que fixam a natureza da organização;
- 2) Planos Permanentes - aqueles que tendem a permanecer fixos durante longo tempo;
- 3) Planos de Uso Único - aqueles que servem a um propósito específico, durante um período limitado e depois são trocados, modificados ou descartados.

Os Planos Estratégicos incluem: a missão (que é própria definição da organização), os objetivos (que são os fins para os quais as atividades organizacionais são dirigidas) e as estratégias (que são planos que dão cobertura e viabilizam atingir os objetivos).

Os Planos Permanentes incluem: as políticas (ou enunciados gerais que são guias de pensamento e tomada de decisão), os procedimentos (que são padrões ou métodos de rotina ou técnica para tratar de atividades recorrentes) e as regras e regulamentos (que declaram cursos obrigatórios de ação).

Os Planos de Uso Único incluem: os programas (que envolvem todo o complexo de atividades necessárias à execução de um dado curso de ação), os projetos (que são planos necessários à execução de um objetivo específico) e os orçamentos (que são planos financeiros dos resultados esperados, expresso em termos numéricos).

Como vimos, as reflexões e debates acerca das crenças, valores e técnicas convenientes à administração do HC, clarificaram sua missão (uma organização universitária de saúde pública), seus objetivos principais (assistência, ensino e pesquisa em saúde) e suas principais estratégias (integração de todas as naturezas e correntes conceituais, planejamento estratégico, auto-sustentação, desenvolvimento organizacional pela modernização administração e desenvolvimento de recursos humanos, administração participativa, gerência de qualidade total, relações comunitárias e interinstitucionais).

Pelo mesmo processo clarificaram-se cada vez mais as políticas administrativas, orientadas pelo planejamento estratégico, impregnadas de uma visão integradora de todas as naturezas do Hospital. Uma visão que o entendia como um ser vivo, de pessoas, cujo sentido maior eram seus compromissos sociais, os quais demandavam uma administração compulsoriamente competente, centrada na qualidade.

Ademais vale observar que, embora nortegassem a administração em áreas diversas, as políticas setoriais eram totalmente interdependentes. Ainda que baseadas em enunciados genéricos, tais políticas apoiavam-se em princípios sólidos e estáveis e apontavam claramente rumos de ações que seriam detalhadas, para execução, através de programas e projetos específicos, revistos e reciclados periodicamente.

Política de Modernização Administrativa e Reorganização do Trabalho

A política de modernização administrativa e reorganização do trabalho tinha como objetivo modernizar e desenvolver permanentemente a organização em termos de estrutura, sistemas e métodos de trabalho, visando sempre a máxima produtividade (produção/custo) e qualidade de seus produtos. Essa política baseava-se nos seguintes princípios:

- A organização se define a partir da missão e dos objetivos da instituição, daí advindo sua estrutura organizacional e seus sistemas operacionais;
- Sempre é possível fazer as coisas de uma maneira mais prática, obtendo melhores resultados em termos de produtividade e qualidade com menor consumo de energias;
- As pessoas precisam entender o sentido do seu trabalho e receber adequado treinamento para fazê-lo bem feito e para poder contribuir com o aprimoramento de seus produtos e métodos;
- Um ambiente de trabalho onde há liberdade, responsabilidade e questionamento é necessário para que se manifeste a criatividade e a inovação;
- Em uma organização complexa (como é o HC), o trabalho de cada um depende do trabalho de muitos outros e todos são responsáveis pelo resultado final. Deste modo, todos devem conhecer não apenas o seu próprio trabalho mas o papel que ele representa na cadeia de eventos operacionais da organização;
- O conjunto de unidades executivas (diretorias, comissões, assessorias, seções e serviços) são como engrenagens de um relógio ou instrumentos de uma orquestra: têm que estar intrinsecamente bem e ajustados no todo maior;
- Devem-se estimular grupos-tarefa atuando por projetos buscando-se, sempre que possível, o gerenciamento matricial, que é mais integrador e mais eficiente sob a óptica do usuário;
- Não basta investir apenas no serviço ótimo mas é preciso estar atento justamente aos que estão atrasados e atrasando;
- Toda unidade de execução deve ter consciência de quem são seus fornecedores e seus consumidores e procurar interagir com eles, buscando aprimorar sua qualidade;
- Cada unidade executiva deve eleger e controlar seus indicadores de desempenho, incluindo, entre eles, a satisfação dos usuários;
- Controle e avaliação são essenciais ao reconhecimento do próprio desempenho e ao replanejamento da execução do trabalho;
- A gestão será desenvolvida de forma participativa;
- Qualidade e produtividade serão metas permanentes em todas as áreas e serviços do Hospital.

Política de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos

A política de administração e desenvolvimento de recursos humanos tinha como objetivo dotar o Hospital de um quadro de pessoal adequado em termos de quantidade, qualificação humanística e técnica, distribuição, motivação e engajamento, através da implantação e desenvolvimento de sistemas eficientes de administração de pessoal, capacitação, treinamento e desenvolvimento continuado dos recursos humanos, programas de apoio ao servidor, recrutamento, avaliação e seleção permanentes.

A Política de Recursos Humanos embasava-se nos seguintes princípios:

- Todos os trabalhadores do Hospital são profissionais e, antes disto, pessoas;
- Quem faz o Hospital são seus trabalhadores, enquanto profissionais e enquanto pessoas;
- É o trabalho dos seus profissionais que determina o desempenho do Hospital e seus padrões de qualidade;
- O quadro de pessoal é o maior elemento de despesa do Hospital e deve ser racionalmente empregado;
- Deve-se planejar de forma competente o trabalho, sua organização e métodos, e, como consequência, o quadro de pessoal e sua distribuição, com base na ergonomia dos postos de trabalho;
- O trabalho não é apenas elemento de produção mas é também fator de desenvolvimento pessoal e social de quem o executa;
- O trabalho deve dar prazer e realização pessoal;
- Deve-se investir permanentemente na qualificação técnica do pessoal;
- O bom desempenho depende do conhecimento do próprio trabalho e do seu significado no conjunto da organização;
- O aprimoramento do quadro de pessoal depende de recrutamento, avaliação e seleção permanentes;
- Os profissionais são pessoas, seres bio-psico-sociais e espirituais e devem ser tratados como tal pela instituição, inclusive com programas de apoio ao servidor;
- As condições de segurança e saúde no trabalho devem merecer atenção constante para proteção quanto aos seus riscos potenciais;
- As relações humanas no trabalho são elemento relevante e merecedor de atenção, sendo a administração de conflitos parte normal da atividade gerencial;
- Participação e liberdade com responsabilidade devem ser praticadas em todos os serviços e seções do hospital;
- O servidor é também *usuário* da instituição e sua satisfação deve ser também buscada;
- É essencial a motivação para o trabalho e esta depende não só do bom salário mas também do conhecimento da instituição pelo trabalhador, do reconhecimento do trabalhador pela instituição, da consciência dos compromissos sociais do Hospital, do reconhecimento do seu papel individual na vida da instituição, e do papel da instituição na sua vida pessoal;
- A motivação depende, ainda, da oportunidade de participação e crescimento, da confiança e orgulho no Hospital, da segurança e da expectativa de futuro que o Hospital lhe propicia, das condições e do ambiente de trabalho.

Política de Valorização das Linhas Profissionais

Nascido como Hospital da Faculdade de Medicina, o Hospital de Clínicas da UFPR esteve muito mais preocupado com a formação e o desenvolvimento de médicos do que com as demais profissões.

Apenas em 1975 iniciou-se na Universidade o Curso Superior de Enfermagem e este passou a frequentar o Hospital. O Curso de Nutrição e Dietética iniciou ainda mais recentemente e só na

década de 80 passou a freqüentar o Hospital. Os Cursos de Farmácia e Bioquímica utilizam o Hospital apenas para alguns estágios. O Curso de Odontologia jamais freqüentou o Hospital, como jamais o fizera o Curso de Psicologia. Por não dispor a Universidade dos cursos de Serviço Social e de Fisioterapia, apenas alguns estagiários destes cursos vindos de outras Escolas freqüentam o HC. Jamais os cursos de Administração, Economia, Engenharia ou Arquitetura serviram-se do HC para ensino, estágios ou trabalhos, salvo raras exceções.

Assim sendo, o Hospital de Clínicas foi sempre um ambiente de expressão médica, sendo pouco reconhecidas as outras profissões muitas vezes encaradas como meras atividades paramédicas. Era pouco nítida a percepção de equipe multiprofissional.

A política de valorização das linhas profissionais tinha como objetivo oportunizar o desenvolvimento das várias profissões e consolidar o conceito de equipe multiprofissional através do investimento na expansão planejada de seus quadros, treinamento e qualificação permanente e a abertura de novos campos às respectivas práticas profissionais, seu ensino e pesquisa.

Particular atenção foi dedicada à enfermagem, que desempenha no Hospital um trabalho duplamente relevante: é uma profissão fundamental na assistência à saúde e é igualmente importante na administração hospitalar. Esta dupla e fundamental importância da enfermagem no funcionamento hospitalar e mais a constatação óbvia de que são estes profissionais que estão permanentemente nas clínicas e à beira-leito, motivou-nos à adoção de uma política específica de desenvolvimento da enfermagem, readequando seus quadros, investindo na capacitação permanente, oportunizando novos espaços ao exercício profissional e maior participação na administração hospitalar.

Simultaneamente, e com o mesmo sentido, procuramos viabilizar às outras linhas profissionais a oportunidade de explicitarem todo o potencial de suas competências. Investimos em seus quadros, capacitação, equipamentos e campos de atuação. Todas as linhas foram alvo desta política de desenvolvimento, cabendo ressaltar, além da enfermagem: a farmácia, a bioquímica, o serviço social, a nutrição, a fisioterapia, a odontologia, a engenharia hospitalar, a eletromedicina, a zeladoria e higiene hospitalar, a administração hospitalar e economia, a documentação científica e secretarias, a segurança e a comunicação social.

Os princípios básicos que nortearam esta política geral e as políticas setoriais eram bastante singelos:

- Somos uma equipe multiprofissional;
 - O trabalho não tem apenas o sentido de produzir algo a ser consumido por outrem e gerar paga. Deve ser, também, fator de crescimento pessoal e profissional e oportunidade de integração e ascensão social para quem o executa.
-

Política de Auto-sustentação Econômica e Administração Financeira

A política de autosustentação econômica e administração financeira tinha como objetivo produzir uma situação de desenvolvimento auto-sustentado a partir das receitas próprias, da racionalização dos gastos, da busca de fontes alternativas de recursos, da administração do fluxo de caixa, do adequado planejamento orçamentário e da fiel observância da execução financeira.

Esta política estava intimamente relacionada com os programas de assistência médica, modernização administrativa, administração de recursos humanos, obras e equipamentos, relações comunitárias e interinstitucionais.

A política de auto-sustentação econômica e administração financeira baseou-se nos seguintes princípios:

- O Hospital é um agente econômico que necessita e movimenta grande volume de recursos;
- Um pequeno erro percentual produz uma enorme tragédia administrativa, portanto, tudo deve ser planejado e controlado;
- Não se deve confiar nas verbas do MEC, cada vez mais escassas;
- Sem auto-sustentação não há autonomia nem autodeterminação;
- Não se pode gastar mais do que se arrecada;
- Deve-se cobrar todo o serviço produzido;
- Pode-se reduzir o gasto por meio da compra e do consumo inteligentes;
- Um fluxo de caixa mal administrado produz despesa financeira;
- Um fluxo de caixa bem administrado produz receita financeira;
- É inteligente racionalizar o trabalho; não é inteligente racionar os salários;
- Deve haver percentual máximo definido para pessoal e destinar sempre um percentual definido para manutenção, obras e equipamentos;
- Devem ser buscadas outras fontes de recursos mediante convênios com órgãos governamentais e parcerias não-governamentais;
- O Hospital de Clínicas é público, tem compromissos sociais com a assistência, ensino e pesquisa, necessita de saúde financeira para desenvolver-se e não pode descaracterizar sua natureza, nem subverter suas funções sociais.

Política de Desenvolvimento Arquitetônico e Administração Predial

A política de desenvolvimento arquitetônico e administração predial tinha como objetivo viabilizar instalações adequadas ao desempenho das atividades hospitalares em termos de áreas físicas, instalações e equipamentos prediais; racional distribuição e articulação espacial dos serviços e das circulações; sinalização e mobiliário adequados; higiene, conforto e segurança.

Tendo sofrido, ao longo de quase trinta anos, um grande processo de desgaste natural e pelo uso e o impacto contundente do desenvolvimento tecnológico da medicina, que passou a exigir novo espaços e complexas instalações, o Hospital de Clínicas necessitava ser restaurado praticamente por inteiro e reciclar seus espaços de forma racional, inclusive com vistas ao futuro,

à incorporação de toda uma nova tecnologia já disponível na cidade mas ausente no Hospital. Assim, também estas ações incluíram-se no Plano de Desenvolvimento Arquitetônico e Administração Predial, bem como a manutenção preventiva e corretiva de suas instalações e a reorganização da operação dos equipamentos e sistemas prediais (energia elétrica, geradores, caldeiras, elevadores, monta-cargas, comunicação, transporte, segurança e limpeza).

Os seguintes princípios nortearam esta política:

- Instalações adequadas são essenciais ao desempenho das funções de assistência, ensino, pesquisa e administração;
- Poucas edificações são mais complexas que um hospital em termos de usos, instalações e circulações;
- A utilização inteligente dos espaços facilita a vida dos usuários e dos que trabalham, e reduzem custos operacionais; a recíproca também é verdadeira;
- As intervenções nos prédios e instalações devem ser planejadas e executadas por profissionais especializados, analisando as partes no conjunto do todo;
- Haverá um plano diretor e serão proibidas improvisações;
- A manutenção preventiva e corretiva imediata é fator essencial de segurança, de bom desempenho do prédio e seus serviços, e de economia;
- Segurança dos acessos e circulações, condições ótimas de limpeza, comunicação visual eficiente e funcionamento confiável dos equipamentos prediais são vitais ao funcionamento hospitalar;
- O ambiente do hospital deve ser confortável, aprazível e de fácil utilização, inclusive para deficientes e pessoas com baixo nível de instrução;
- Um percentual das receitas próprias será destinado compulsoriamente ao investimento em obras de restauração, manutenção e reformas;
- Para novas construções e reformas de maior vulto serão procurados recursos mediante convênios junto ao Ministério da Educação, Ministério da Previdência e Ministério da Saúde, bem como em outras instituições governamentais e não-governamentais que possam interagir em parcerias.

Política de Atualização Tecnológica

A política de atualização tecnológica visava atingir dois objetivos: recolocar o Hospital na vanguarda da tecnologia médica e informatizá-lo plenamente.

O parque de equipamentos médicos estava em situação precária. O Hospital dispunha de equipamentos de cineangiocoronariografia e radiologia já superados e fora de condições de uso; apenas um aparelho de ecografia; poucos fibro-endoscópios; baixo grau de automação no laboratório de análises clínicas e no serviço de hemoterapia. Precárias estavam também as condições dos serviços de medicina nuclear, de função respiratória de hemodiálise, métodos cardiológicos e métodos neurológicos. O Hospital não dispunha de hemodinâmica, tomografia axial computadorizada, radioterapia, litotripsia nem ressonância nuclear eletromagnética.

Havia algum desenvolvimento da informática para contas médicas e internações hospitalares capaz de produzir relatórios gerenciais nesta área, e uma enorme pressão de demanda de informatização produzida por todos os serviços administrativos e assistenciais, bem como pelo ensino e pela pesquisa. Uma grande quantidade de pedidos de compra de microcomputadores e *softwares* emergia de todas as áreas e avolumava-se na direção do Hospital.

A política de atualização tecnológica baseava-se nos seguintes princípios:

- Por suas características, o Hospital de Clínicas deve dispor dos mais modernos equipamentos de diagnose e terapêutica e ser plenamente informatizado.
- Os equipamentos médicos de pequeno e médio porte serão adquiridos com recursos destacados das receitas próprias mediante planejamento que priorizará os mais básicos ;
- Os equipamentos médicos de grande porte e alto custo serão buscados, através de convênios, junto aos Ministérios da Educação, Previdência e Saúde;
- A informatização plena do Hospital será buscada a partir de um *Plano Diretor de Informática*, o qual será antecedido pela modernização da organização, seus sistemas e métodos de trabalho;
- Até que venha a solução plena, equipamentos e programas de informática para soluções setoriais somente serão adquiridos em caráter excepcional, analisando-se caso a caso;
- Um percentual das receitas próprias será destinado compulsoriamente para investimento em equipamentos.

Política de Afirmação da Identidade Institucional

A política de afirmação da identidade institucional tinha como objetivo desenvolver um conjunto de padrões que marcassem e definissem uma identidade própria ao Hospital de Clínicas: uma logo-marca e um padrão de comunicação formal que representassem sua face, sua identidade visual, um comportamento integrado em seu contexto social, que permitisse à sociedade local identificá-lo como um de seus constituintes; um padrão de atendimento humanístico capaz de expressar seus valores, suas emoções e sentimentos; um padrão de desempenho científico que expressasse sua inteligência, sua qualificação profissional; e uma identidade jurídico-institucional capaz de lhe proporcionar autonomia administrativa e unidade, sem desvirtuar sua vinculação à Universidade.

Este conjunto de marcas e símbolos deveria ser buscado na própria instituição, extraído de sua própria comunidade. Deveria expressar suas tradições, seus valores, crenças, motivações e vocações, induzindo ao engajamento, à integração funcional e a práticas de qualidade crescentes.

A política de afirmação da identidade institucional objetivava, portanto, identificar os elementos constitutivos da identidade do hospital, existentes e desejados; estruturá-los em formas que lhe dessem concretude e nitidez; complementá-los nos aspectos em que fossem falhos; apresentá-los, através da comunicação social, à comunidade interna e à sociedade, buscando adesão e, simultaneamente, praticá-los no exercício das funções hospitalares.

Os princípios que nortearam a política de afirmação da identidade institucional foram:

- O hospital precisa definir sua identidade própria, a partir de sua própria personalidade;
- Precisa, para tanto, reconhecer-se a si mesmo, encontrar seus valores, sua missão e objetivos, suas vocações, sentimentos e vontades;
- Precisa definir sua face e seus modelos funcionais de organização, assistência, ensino e pesquisa;
- Precisa apresentar-se a si mesmo (sua comunidade) e aos outros (sociedade) e viver sua vida de relações como agente de transformação, melhorando a qualidade de vida das pessoas e outras instituições.

Política de Comunicação Social

A política de comunicação social tinha como objetivos desenvolver a comunicação tanto dentro do próprio Hospital como no ambiente externo.

Através da comunicação com o meio interno pretendíamos a integração e o engajamento da comunidade hospitalar no próprio desenvolvimento do Hospital. Através da comunicação com o meio externo pretendíamos integrá-lo na sociedade do Paraná e fazê-lo reconhecido como algo seu, de sua utilidade e de sua responsabilidade.

Através da comunicação social pretendia-se, ainda, afirmar sua identidade institucional, demonstrar seu valor social e apresentar sua qualidade científica. Pretendíamos tornar o hospital conhecido e ver reconhecidos os seus valores, como instituição de assistência, ensino e pesquisa em saúde, projetando uma imagem positiva e honesta não só em âmbito local mas também junto aos governos estadual e federal e às sociedades científicas nacionais e internacionais.

Víamos a comunicação social em suas três vertentes: jornalismo, relações públicas e propaganda, como instrumentos de afirmação da identidade, autoconhecimento, hetero-reconhecimento e agregação.

Os seguintes princípios nortearam esta política:

- O Hospital é um ser vivo, que se relaciona e precisa comunicar-se;
- A comunicação pressupõe dupla via, pelo que precisa haver canais de emissão e recepção permeáveis;
- O Hospital tem obrigação de informar, respeitados os limites da ética;
- As mensagens devem ser claras, ajustadas ao entendimento do público alvo;
- Pela comunicação vitaliza-se ou se destrói a imagem;
- A comunicação deve ser verdadeira, caso contrário não resiste ao confronto com a realidade, perde a credibilidade e desmoraliza a instituição;
- Pela comunicação a administração far-se-á transparente e participativa;
- Pela comunicação será afirmada a identidade institucional e integrada a comunidade hospitalar ao processo de desenvolvimento;
- Pela comunicação serão estabelecidas relações sadias e sinérgicas com a sociedade, governos e outras instituições.

Política de Participação Comunitária e Relações Interinstitucionais

A política de participação comunitária e relações interinstitucionais tinha como objetivo fomentar a participação da comunidade nos serviços e programas do HC e estabelecer relações de parceria institucional capazes de contribuir ao desenvolvimento do Hospital.

Esta política baseava-se nos seguintes princípios:

- O Hospital é parte de uma sociedade à qual serve;
- A sociedade é corresponsável pelo Hospital;
- O Hospital deve estar aberto à participação da sociedade em seus serviços e programas;
- A participação da comunidade nos programas do Hospital humaniza e melhora a qualidade dos serviços;
- O Hospital é parte de uma comunidade científica sem fronteiras e deve buscar parcerias com outras instituições visando trocas e o enriquecimento recíproco em termos de assistência, ensino, pesquisa e administração hospitalar;
- Os intercâmbios são saudáveis; a endogenia degenera.

Política de Desenvolvimento dos Serviços Assistenciais

A política de desenvolvimento dos serviços assistenciais tinha como objetivo promover o desenvolvimento planejado dos serviços de assistência médica, garantindo as condições adequadas ao funcionamento do potencial pleno de todos os serviços, fomentando os que, em bases epidemiológicas e de demandas reprimidas, necessitavam expandir-se, identificando e apoiando aqueles vocacionados à excelência.

A garantia de condições adequadas ao desempenho pleno de cada serviço significava não apenas dotar cada um deles dos recursos humanos, instalações, equipamentos e insumos necessários mas ajustar os tempos e movimentos de todos os serviços infra-estruturais, de apoio técnico e de suporte diagnóstico e terapêutico.

Identificar os fatores de comprometimento do desempenho e ajustá-los a um ponto de equilíbrio visando máxima qualidade e produtividade haveria de ser um trabalho administrativo de relojoeiro suíço, a ser aplicado a cada uma das cem clínicas e serviços do Hospital.

A política de desenvolvimento dos serviços assistenciais, ademais de depender do ajuste e desenvolvimento de todos os demais serviços do hospital, haveria de ser compatibilizada com as demandas do sistema de saúde e com as políticas do ensino e da pesquisa, ambas fortemente dependentes da assistência médica, pois não é possível promover ensino de boa qualidade sobre uma assistência de má qualidade e o mesmo é verdade com relação à pesquisa clínica.

De fato, a assistência médica é o próprio epicentro de toda a dinâmica hospitalar. Por um lado é a grande consumidora dos serviços administrativos, de infra-estrutura, apoio técnico e suporte diagnóstico e terapêutico; de outro lado, ela é a finalidade última do Hospital e a base de desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

A política de desenvolvimento dos serviços assistenciais apoiava-se nos seguintes princípios:

- A primeira prioridade do Hospital é prestar assistência médica de qualidade a cidadãos clientes;
- Assistência de boa qualidade não é favor; é dever do Hospital e direito dos cidadãos;
- O Hospital deve oferecer a todos os serviços as condições adequadas a seu pleno funcionamento;
- Serão apoiados em especial os serviços com demandas reprimidas, aferidas a partir de bases epidemiológicas, e aqueles vocacionados à referência e excelência, identificados pelo desempenho de sua equipe profissional;
- O desenvolvimento dos serviços assistenciais será planejado e seu desempenho controlado;
- Como unidade de referência que é, os serviços assistenciais do Hospital devem estar articulados programaticamente com o sistema de saúde a nível local, estadual e nacional;
- Todas as áreas e serviços assistenciais são campos de ensino e pesquisa e devem apoiar essas funções.

Política de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino

A política de apoio ao desenvolvimento do ensino tinha como objetivo propiciar as condições adequadas ao processo ensino-aprendizado em todas as áreas e serviços do Hospital.

Entende-se o ensino-aprendizado como um processo interativo do que ensina e do que aprende sobre uma base de prática concreta dos conteúdos. Entende-se, ademais, que sendo o Hospital de Clínicas um órgão universitário, todos os seus ambientes e práticas devem ser campo de ensino-aprendizado.

Embora o ensino de graduação e pós-graduação dos cursos formais da Universidade Federal do Paraná sejam prioritários, o Hospital de Clínicas deve acolher e fomentar também o ensino técnico das profissões da saúde e o ensino de outras profissões que possam ter no Hospital oportunidade de aprendizado, tais como: a Administração, a Economia, a Engenharia, o Jornalismo e outras.

Os seguintes princípios nortearam a política de apoio ao desenvolvimento do ensino:

- A administração manterá estreita interação com o Setor de Ciências da Saúde e seus Departamentos visando aperfeiçoar a harmonização e a qualidade dos programas de ensino no Hospital;
 - O ensino é função e objetivo essencial do Hospital de Clínicas;
 - Sendo um hospital universitário, todas as áreas e serviços do HC devem ser ambientes de ensino e propiciar-lhe condições favoráveis;
 - Criar condições favoráveis ao ensino significa, em primeiro lugar, desenvolver seu trabalho em padrões de excelência e inserir o ensino em seu planejamento;
-

-
- O ensino deve acoplar-se à dinâmica dos serviços assistenciais e desenvolver-se sob elevados níveis éticos e de respeito aos clientes;
 - O respeito ao cliente é a primeira lição a ser praticada e ensinada em todas as áreas e serviços;
 - Como o Hospital de Clínicas não é o melhor local para o ensino de determinados conteúdos programáticos, apoiará os programas de ensino extramuros e procurará complementar as condições que lhe faltam, através de convênios com outras instituições;
 - Convênios com outras instituições de ensino, seja para receber, seja para enviar alunos, devem ser aprovados pelo Conselho de Administração.

Política de Apoio ao Desenvolvimento da Pesquisa

A Política de Apoio ao Desenvolvimento da Pesquisa tinha como objetivo propiciar as condições adequadas à prática da pesquisa em todas as áreas e serviços do Hospital.

A pesquisa é função precípua e objetivo finalístico dos hospitais universitários, como o são, também, o ensino e a assistência.

Para efeitos descritivos, pode-se subdividir a pesquisa no Hospital de Clínicas em três vertentes:

- pesquisa relacionada aos programas de pós-graduação;
- pesquisa voltada ao desenvolvimento científico e tecnológico da assistência médica;
- pesquisa de avaliação de desempenho, voltada à qualidade e produtividade dos serviços.

Ainda que o planejamento, execução e avaliação das pesquisas relacionadas aos programas de graduação e pós-graduação sejam atribuição e responsabilidade específicas dos departamentos de ensino do Setor de Ciências da Saúde, são atribuição e responsabilidade da administração hospitalar compatibilizá-las às dinâmicas do Hospital e garantir-lhes o suporte adequado, bem como fomentar as pesquisas voltadas ao desenvolvimento científico e tecnológico da assistência médica e as voltadas ao melhoramento da qualidade e da produtividade dos serviços.

As pesquisas relacionadas aos programas de graduação são quase sempre revisões bibliográficas a propósito de um tema, de um caso ou de um aspecto clínico peculiar. Demandam biblioteca e acesso a prontuários.

As pesquisas relacionadas aos programas de pós-graduação (residência médica, mestrado e doutorado) demandam quase sempre, além de biblioteca e documentação científica em condições de resposta, recursos laboratoriais dispendiosos que transcendem aqueles necessários à simples assistência médica.

Embora existam fontes de financiamento específicas para a pesquisa, no mais das vezes elas não são buscadas pelos “pesquisadores” que trabalham de forma amadora, sem orientação e sem formação científica, que se esquecem, também, que demandas devem ser programadas. Quando isto ocorre, tais “pesquisas” costumam gerar conjuntos de exames que sumariamente são incluídos

na rotina, provocam inesperado superconsumo de reagentes de laboratório, filmes de raios X e outros materiais, comprometem o abastecimento normal de insumos à realização de procedimentos de rotina e acabam por inviabilizarem-se a si mesmas sem produzir qualquer utilidade. Assim, por determinarem demandas atípicas às rotinas assistenciais, as pesquisas devem ser planejadas, sob o risco de inviabilizarem-se, comprometerem a rotina e não produzirem benefícios.

Outra exigência da pesquisa é que elas estejam em conformidade com as normas internacionais que regem a investigação *in anima nobili*, tendo sempre em vista o respeito absoluto aos direitos da pessoa humana e da cidadania, aspectos que precisam ser verificados.

Pesquisa não é aventura. Deve ter um sentido claro, consciência de seu custo-benefício, estar inserida numa linha institucional e ser avalizada por colegiado ou professor orientador.

Finalmente, pesquisa exige padrões operacionais definidos, com controle de qualidade e segurança para os materiais ou espécimes em guarda nos laboratórios e arquivos.

A política de apoio ao desenvolvimento da pesquisa embasou-se nos seguintes princípios:

- A administração manterá estreita interação com o Setor de Ciências da Saúde e seus Departamentos, visando aperfeiçoar a harmonização e a qualidade das pesquisas no Hospital;
 - A pesquisa é função e objetivo fundamental do Hospital de Clínicas;
 - Todas as áreas e serviços devem ser ambientes de pesquisa e propiciar-lhe condições de desenvolvimento;
 - A pesquisa deve acoplar-se à dinâmica dos serviços e desenvolver-se sob padrões éticos elevados;
 - As pesquisas científicas devem ser planejadas e previamente apreciadas pelas Comissões Científica e de Ética;
 - Convênios com outras instituições para a realização de pesquisa devem ser aprovados pelo Conselho de Administração;
 - Todos os serviços devem eleger seus indicadores e pesquisar, de forma constante, o seu próprio desempenho em termos de produtividade e qualidade;
 - O Hospital apoiará a divulgação das pesquisas através de eventos científicos, publicações e outros meios.
-

5.3. OS FRUTOS DO TRABALHO COLETIVO

Os trabalhos desenvolvidos por toda a comunidade durante a gestão 1986-1990 seguiram planos pré-estabelecidos. Embora muitos deles se tenham ajustado ou mesmo estruturado ao longo do tempo, ou se tenham alterado para incorporar oportunidades surgidas e assimilar reveses durante o período da administração, os quatro anos desta gestão foram um processo permanente e coletivo de planejar-executar-avaliar-planejar...

A partir do planejamento embasado nas novas crenças, valores e técnicas; do reconhecimento da missão, objetivos, estratégias e políticas, foram sendo elaborados os programas e projetos a serem executados e os derivados procedimentos, regras, regulamentos e orçamentos.

O resultado do trabalho da comunidade hospitalar à luz destes elementos é o que apresentamos a seguir. Por um aspecto meramente didático, a descrição é organizada por políticas, de vez que muitos programas e projetos foram implementados simultaneamente, o que tornaria confusa sua descrição cronológica.

Modernização Administrativa e Reorganização do Trabalho

O trabalho iniciou-se pela reforma das duas principais estruturas administrativas do Hospital: o Organograma da Direção e o Conselho de Administração.

A reforma do Organograma da Direção buscou uma departamentalização mais coerente com as políticas a serem implementadas. O novo organograma estabelecia a existência de sete direções setoriais diretamente subordinadas a um Diretor Geral e cinco assessorias (Quadro 1):

- Direção de Administração Predial, responsável pelas instalações, mobiliário e equipamentos, bem como pela operação dos sistemas prediais (Quadro 2);

- Direção de Recursos Humanos, responsável pelo provimento, administração, apoio e desenvolvimento do pessoal (Quadro 3);

- Direção de Administração Financeira, responsável pela administração do orçamento e dos recursos financeiros (Quadro 4);

- Direção de Apoio Técnico, responsável pelo provimento dos insumos materiais necessários a todos os serviços (Quadro 5);

- Direção de Enfermagem, responsável pela assistência e gerência de enfermagem em todo o Hospital (Quadro 6);

- Direção de Serviços Médicos, responsável pela administração dos serviços assistenciais de internação, ambulatoriais e complementares (Quadro 7);

- Direção do Corpo Clínico, responsável pelas relações do corpo clínico e pelas Comissões de Residência Médica, de Ética, Científica, de Controle da Infecção Hospitalar e de Padronização de Medicamentos (Quadro 8).

Para apoio direto ao Diretor-Geral foram estabelecidas uma chefia de gabinete e cinco assessorias (Quadro 1), a saber:

- Assessoria de Comunicação Social, responsável pelo apoio às comunicações, em mão dupla, do Hospital com seus públicos interno e externo;
- Assessoria de Informática, responsável pelo apoio ao desenvolvimento do plano diretor de informática e ao implemento da informatização do Hospital;
- Assessoria de Planejamento, responsável pelo macroplanejamento institucional;
- Assessoria de Programas Especiais, responsável pelo desenvolvimento de programas de caráter peculiar sempre multissetoriais ou mesmo multi-institucionais;
- Assessoria de Programas e Relações Interinstitucionais, responsável pela articulação e fomento das relações de cooperação e parcerias com outras instituições.

Com este novo modelo de organização eliminava-se o duplo comando, aumentava o grau de especialização das linhas e distribuíam-se os serviços, seções e comissões de maneira mais adequada. A administração da enfermagem foi elevada a nível de Direção. A área administrativa foi dividida em três direções: Administração Predial, Recursos Humanos e Administração Financeira, obtendo todas maior autonomia e condições de desempenho.

As assessorias representavam suporte estratégico bastante importantes ao desenvolvimento de suas respectivas políticas, de grande abrangência, quase sempre lidando com temas que ultrapassavam o meio interno da administração.

A partir do novo desenho do organograma da administração superior, orientado por eixos de macro-especialização na busca dos objetivos maiores e das políticas institucionais, foram agrupados de forma lógica, os serviços, seções e comissões nas correspondentes direções setoriais.

Embora o novo organograma espelhasse ainda uma fórmula de organização cartesiana e verticalizada, procuramos fazê-la evoluir, na prática, ao exercício da organização matricial, através da designação de grupos-tarefa multissetoriais, atuando por projetos.

O Conselho de Administração, de caráter consultivo e deliberativo para questões estratégicas, foi reorganizado sob a presidência do Diretor Geral do Hospital, contando com a presença do Diretor do Setor de Ciências da Saúde e dos Chefes de Departamentos de ensino com atuação no Hospital, com a presença dos sete Diretores setoriais do Hospital e de representantes eleitos dos funcionários, dos alunos de graduação e de pós-graduação. Uma agenda de reuniões quinzenais foi estabelecida e cumprida e iniciou-se, por aqui, a administração participativa e integrada.

Como o Hospital estivesse sem um regimento interno plenamente vigente, vivendo uma fase de transição em parte experimental, e fossem esperadas mudanças talvez profundas em sua natureza jurídica, optou-se pelo desenvolvimento sensato e não apressado de um novo texto regimental. As leis maiores e as dinâmicas participativas, especialmente a interação com o Conselho de Administração, supririam a falta temporária do regimento até que um projeto sedimentado estivesse pronto, fruto destas próprias dinâmicas.

Deste modo, com estrutura e foros adequados para discussão e provimento das soluções administrativas, a organização passou a dar respostas mais efetivas às demandas gerenciais.

Todas as rotinas operacionais dos serviços foram reordenadas através dos grupos-tarefa intersetoriais, sempre com a participação de representantes dos vários serviços envolvidos na questão em tela e não apenas do serviço responsável por determinada ação. Desta forma, e buscando aperfeiçoamento da produtividade/qualidade, foram modernizadas as dinâmicas da segurança, da zeladoria, dos transportes, e da manutenção; do recrutamento e seleção, da administração de pessoal, de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos e de apoio ao servidor; do registro dos doentes, da tramitação dos prontuários e das contas médicas; das compras, estoques e distribuição de materiais; de nutrição e dietética, da lavanderia, e da farmácia; do banco de leite, das visitas, da admissão à internação, do agendamento de ambulatório e de exames; dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, do centro cirúrgico, centro obstétrico e centro de materiais; da seleção de residentes, da tramitação de projetos de pesquisa e de convênios interinstitucionais. Todos estes procedimentos e muitos mais foram objeto de revisão e modernização administrativa por grupos-tarefa intersetoriais e geraram racionalização de tempos e movimentos, de energia e recursos.

Merece destaque a instituição de Comissão Revisora de Despesas e Consumo (CRDC), presidida pelo Diretor Técnico e de natureza multiprofissional, que passou a atuar inserida na tramitação dos processos de compra analisando os pedidos, estoques, consumos, qualidade dos materiais, preços e custo/benefício.

Outro destaque deve ser dado à implantação, pela Seção de Farmácia, da dose diária individual e do fracionamento de quimioterápicos, medidas racionalizadoras de consumos e despesas. Neste mesma linha, foi significativa a redução (em 40%) do consumo e gastos com antimicrobianos produzida pelo trabalho da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar na orientação ao uso racional desses medicamentos.

Os sistemas de distribuição, coleta e controle da roupa hospitalar, abordando um dos problemas mais renitentes da administração, conseguiu boa resposta no adequado provimento e na redução do desaparecimento da roupa hospitalar.

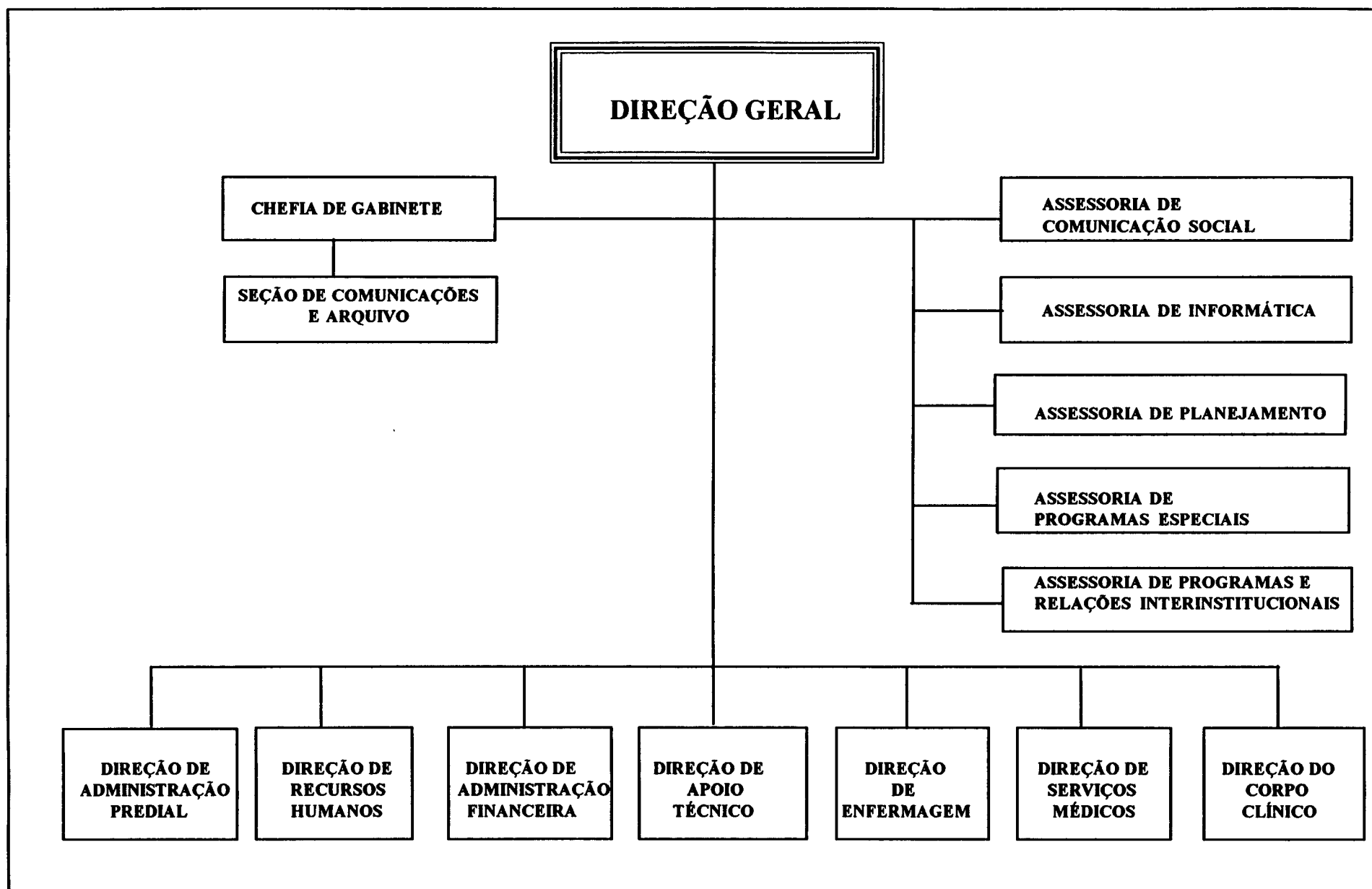
A limpeza do hospital, um dos pontos altos da administração, vital a qualquer instituição de saúde derivou, em grande parte, dos novos métodos de trabalho apoiados sobre novos e mais adequados equipamentos e da orientação e treinamentos desenvolvidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

A reorganização das portarias e dos vestiários, a adoção consciente e solidária dos crachás de identificação e a disciplina dos acessos e horários de visita, por seu turno, produziram um ambiente de maior segurança, conforto, e redução dos desvios de materiais.

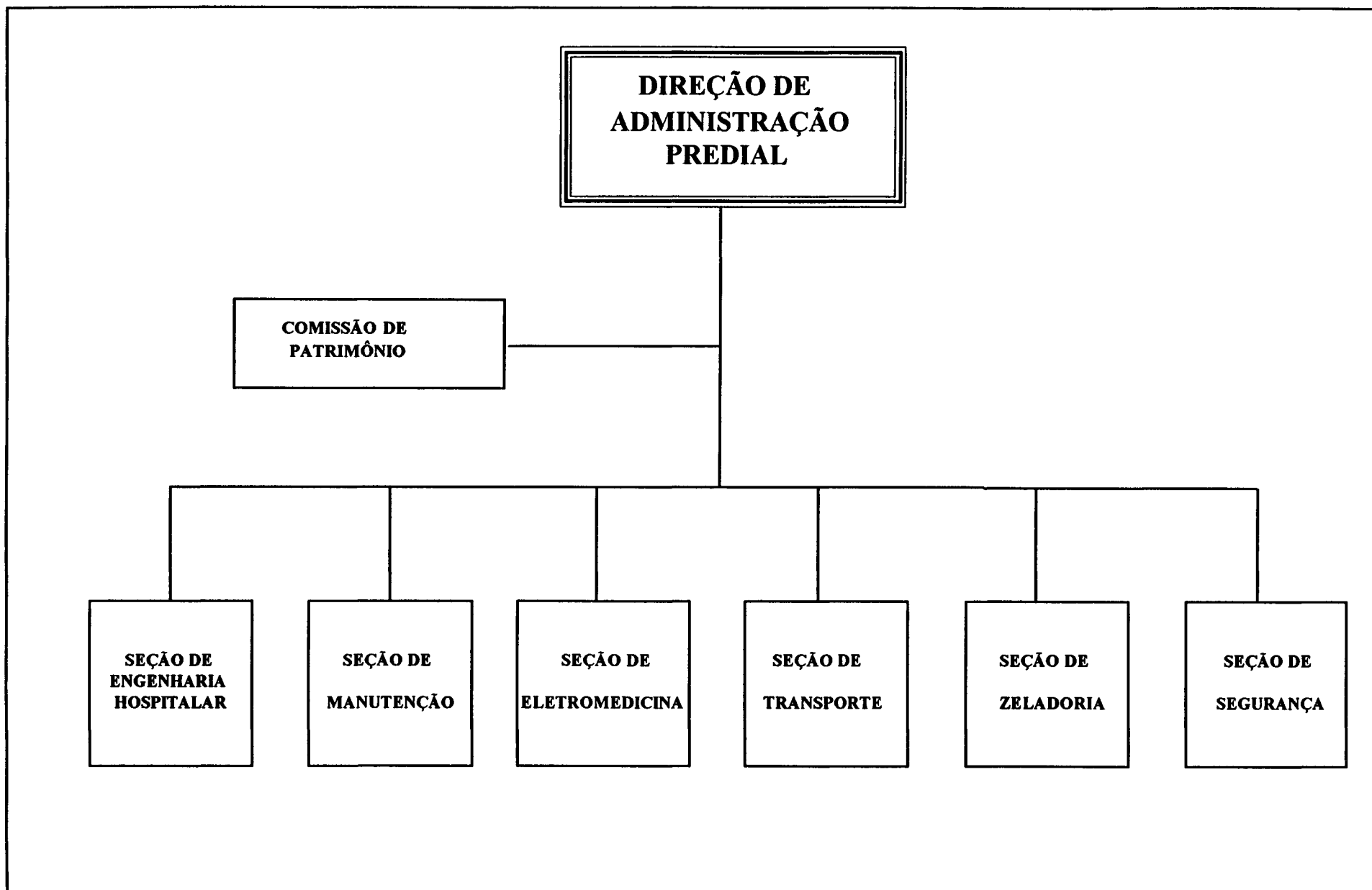
A unificação e reorganização do almoxarifado com a conseqüente eliminação de vários estoques periféricos em vários locais racionalizou a administração de materiais e melhorou seu controle, reduziu despesas e garantiu o abastecimento.

Fatores fundamentais à modernização administrativa foram o permanente aperfeiçoamento do Sistema de Controle de Custos Hospitalares e a adoção de um Sistema de Informações Gerenciais, ferramentas eficientes de controle, avaliação e replanejamento.

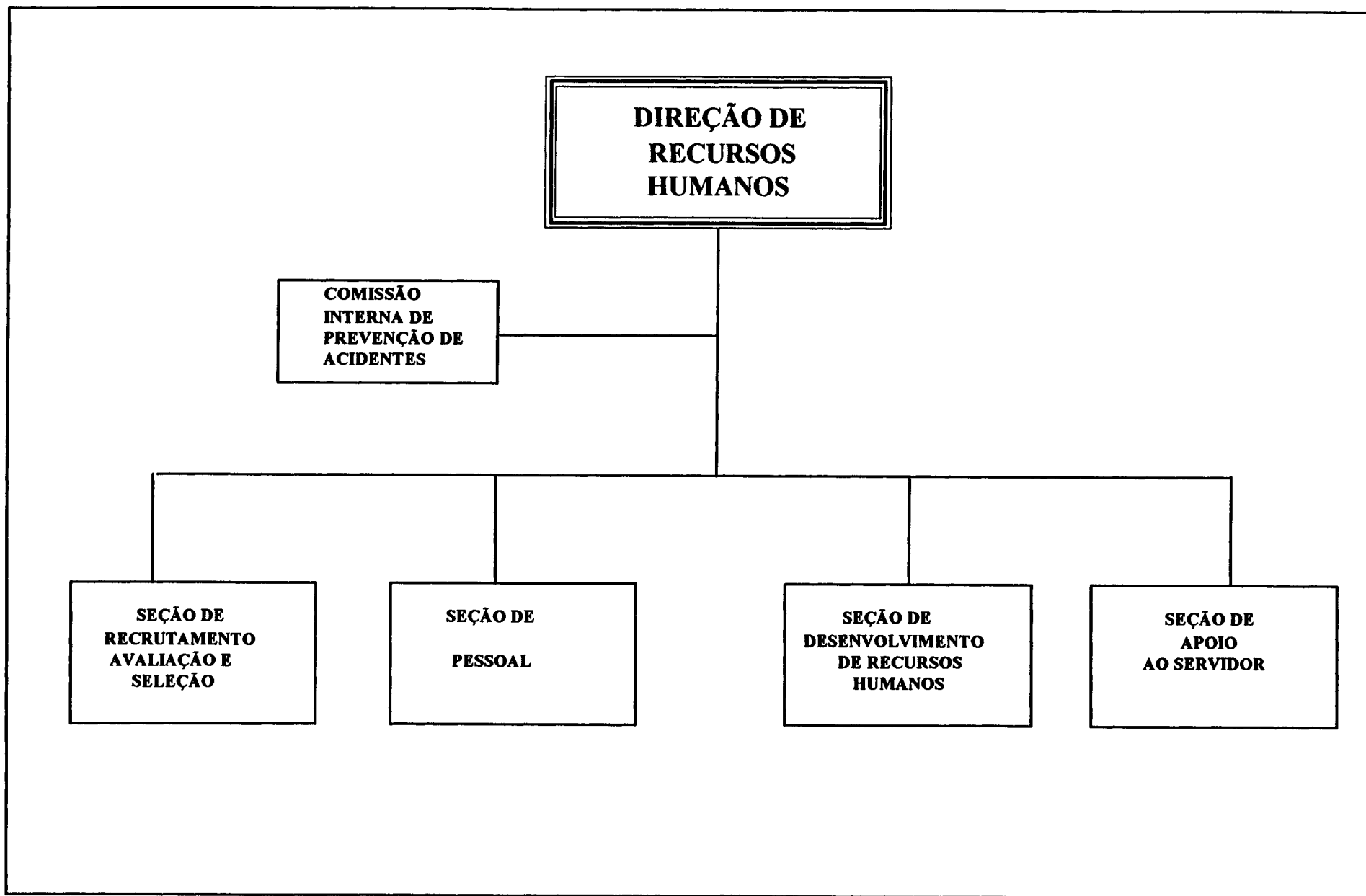
A política de modernização administrativa e reorganização do trabalho baseou-se não apenas na modernização da organização, seus sistemas e métodos de trabalho (embora isto tenha sido fundamental) mas também no reequipamento dos serviços, na adequação de suas instalações, na capacitação gerencial e no treinamento dos recursos humanos. O resultado foi a melhora de qualidade dos serviços bem como de sua produtividade e uma grande contribuição à auto-sustentação financeira, pela boa aplicação dos recursos disponíveis.



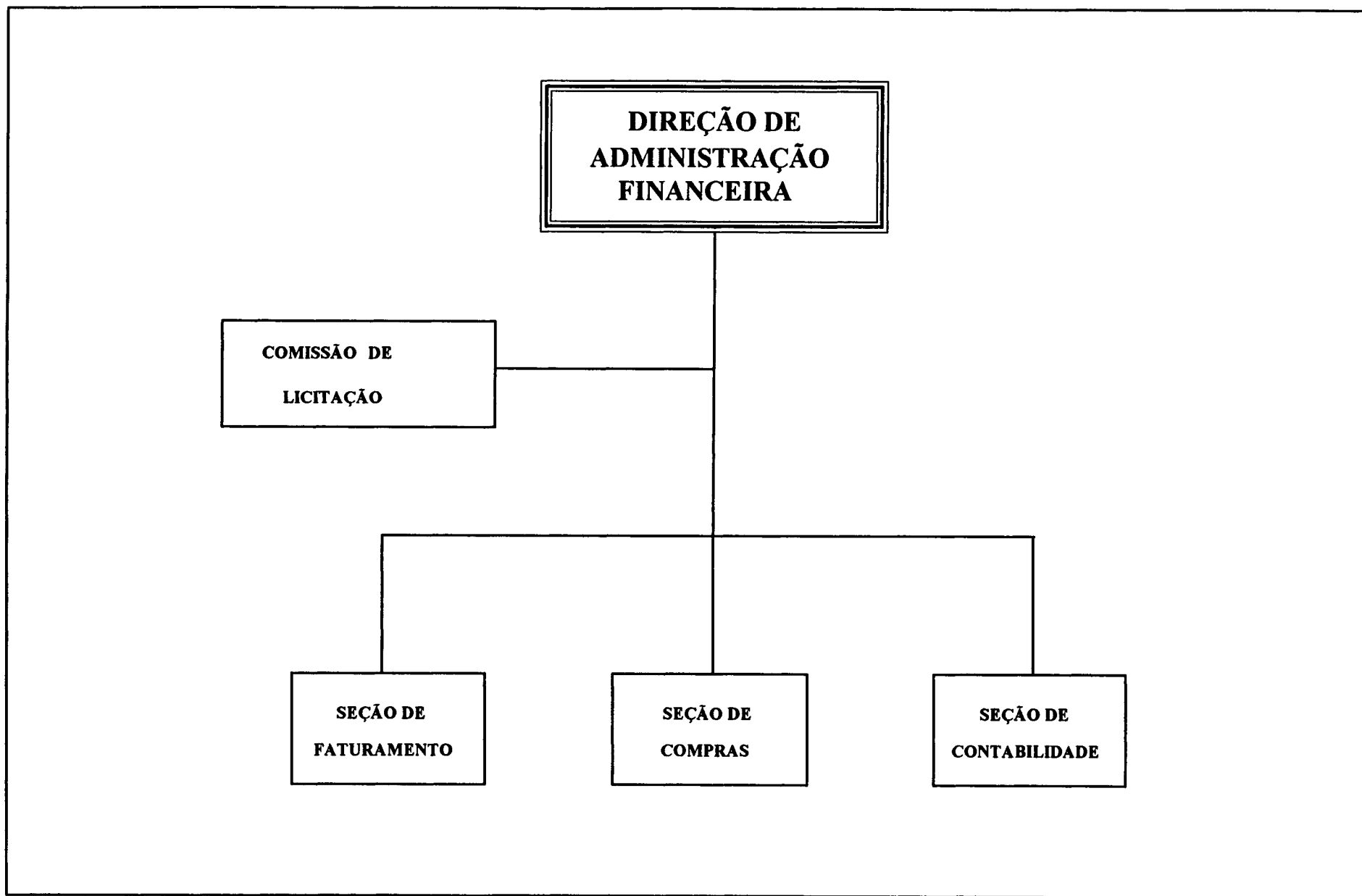
QUADRO 1. ORGANOGrama DA DIREÇÃO GERAL



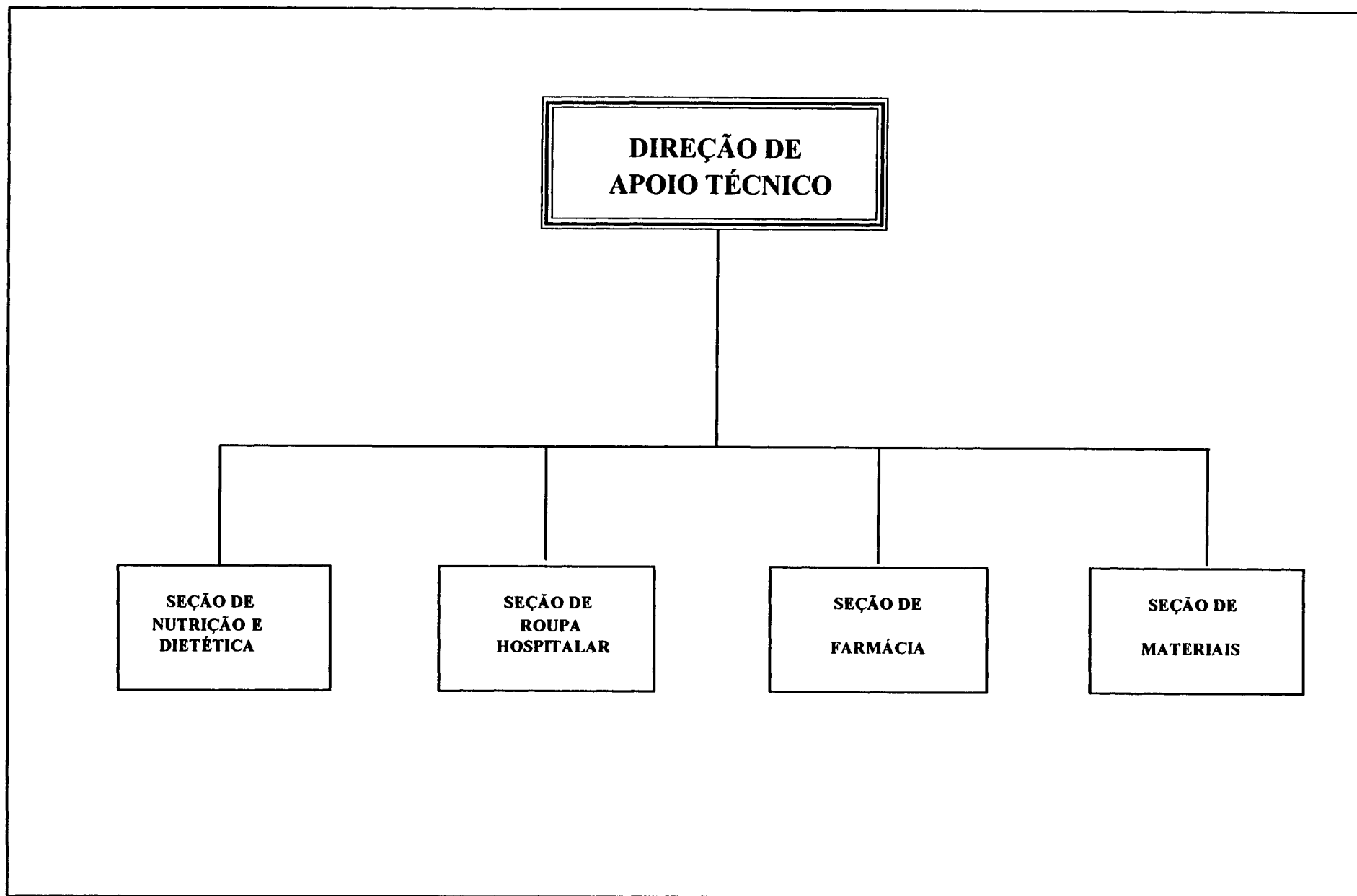
QUADRO 2. ORGANOGAMA DA DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO PREDIAL



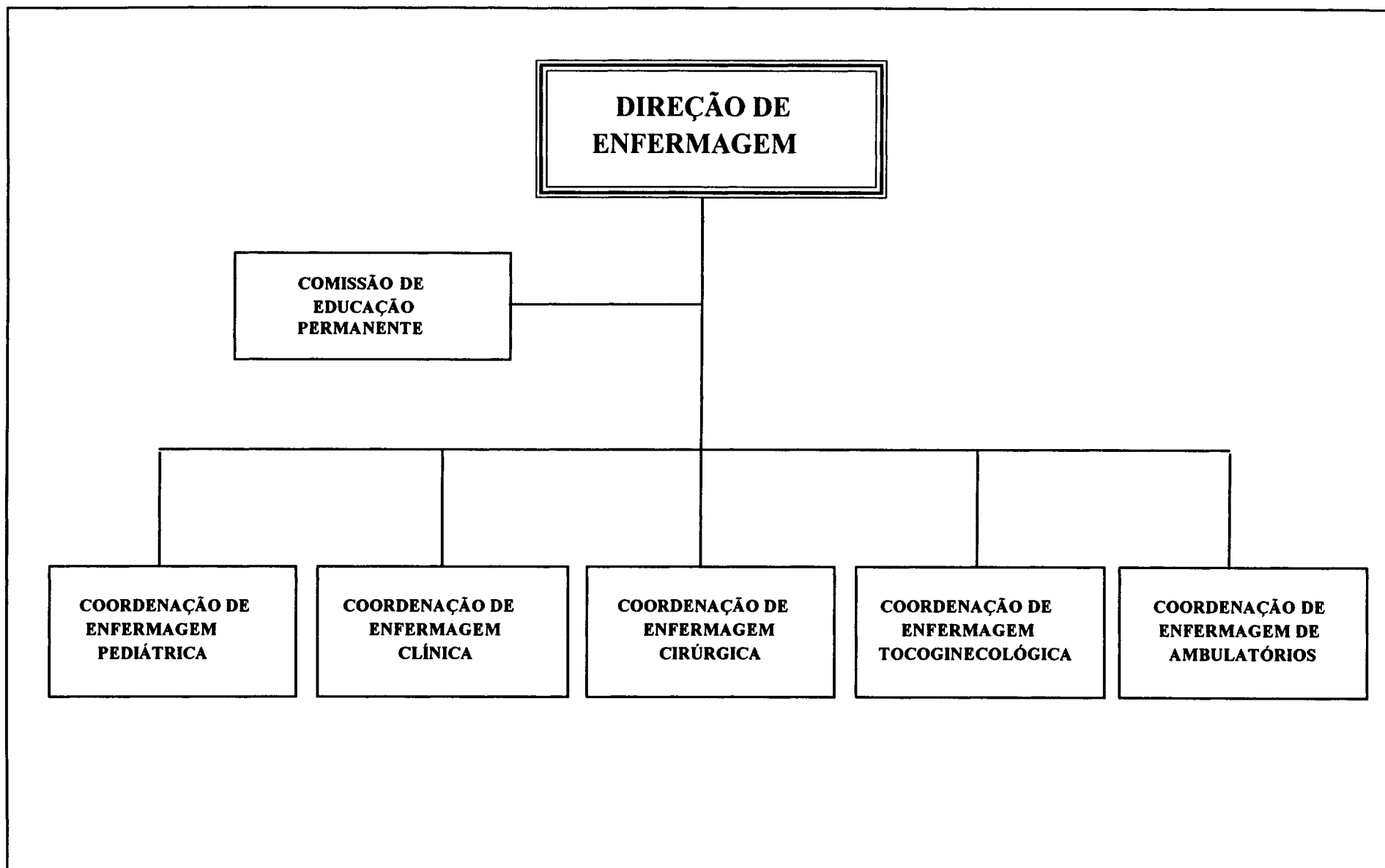
QUADRO 3. ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE RECURSOS HUMANOS



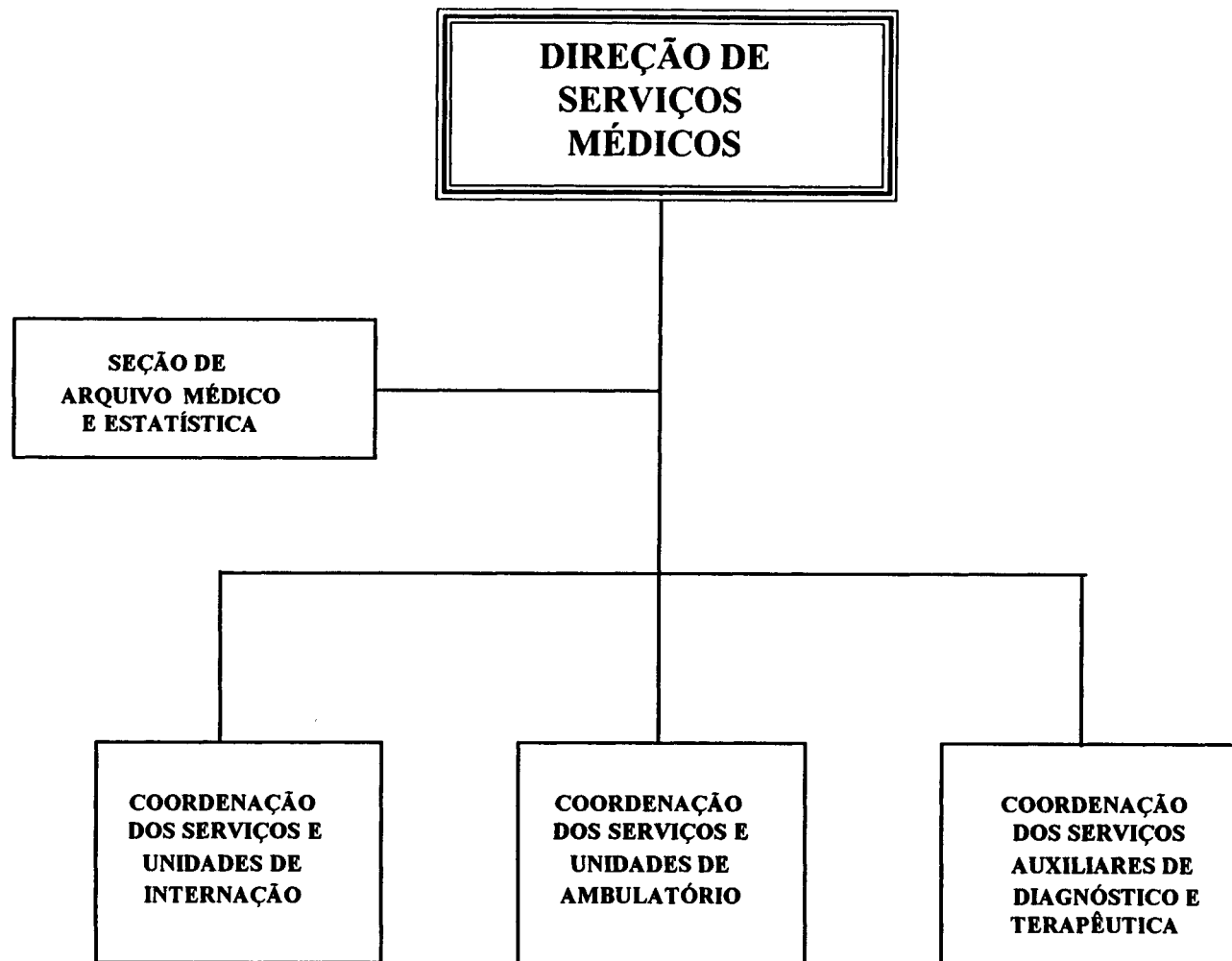
QUADRO 4. ORGANOGAMA DA DIREÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA



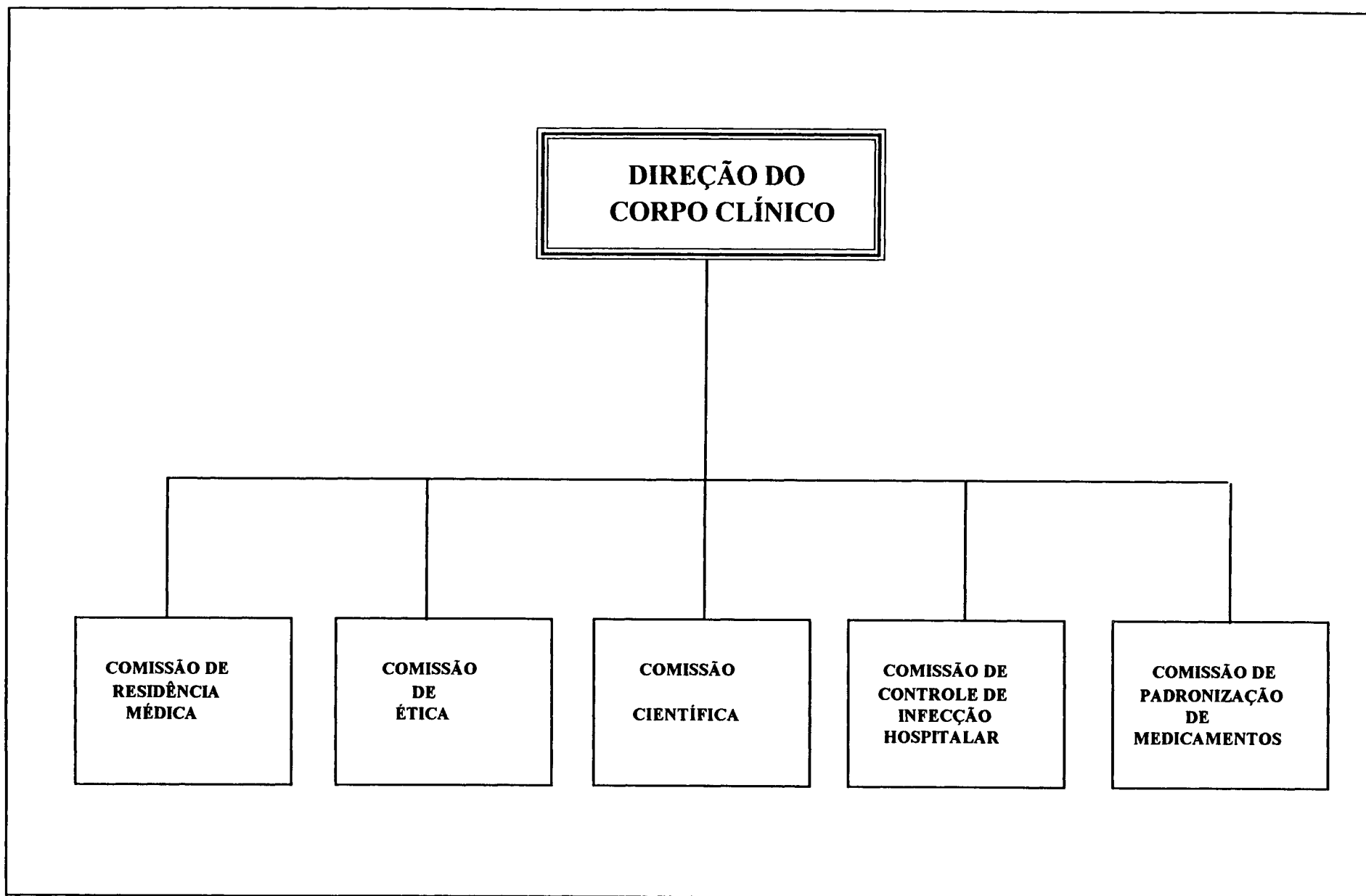
QUADRO 5. ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE APOIO TÉCNICO



QUADRO 6. ORGANOGrama DA DIREÇÃO DE ENFERMAGEM



QUADRO 7. ORGANOGrama DA DIREÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS



QUADRO 8. ORGANOGrama DA DIREÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Administração e Desenvolvimento dos Recursos Humanos

O implemento desta política iniciou-se pela criação de uma Direção de Recursos Humanos em substituição à modesta Seção de Pessoal, anteriormente existente. Esta nova Direção, além de englobar a Seção de Pessoal, reformada e reaparelhada para suas funções, passou a contar com mais outras três seções, a saber: Seção de Recrutamento, Avaliação e Seleção; Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Seção de Apoio ao Servidor.

A partir desta nova organização que maturou com o tempo (apenas em 1987 percebemos a necessidade de estruturar a Seção de Recrutamento, Avaliação e Seleção), procedemos à reforma e aparelhamento da Seção de Pessoal; realizamos o recenseamento e recadastramento de todos os funcionários do quadro da UFPR, bem como os da Fundação ativos no Hospital; instituímos contra-cheque descritivo para o pessoal da Fundação; e definimos um plano de cargos e salários, procurando a isonomia com a tabela do quadro da UFPR.

Criamos a CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), paritária entre funcionários eleitos por seus pares e indicados pela administração, para velar e propiciar condições adequadas de higiene e segurança no trabalho.

Simultaneamente aos projetos de modernização administrativa e com o apoio da Assessoria de Planejamento definimos o *quadro ideal* a partir da definição dos postos de trabalho e sua ergonomia e promovemos a adequação do quadro através de contratações pela Fundação (Quadro 9).

Criamos a Seção de Recrutamento, Avaliação e Seleção, composta por um psicólogo, um assistente social e um médico, com as funções específicas de selecionarem candidatos a trabalhar no Hospital e avaliarem os que já faziam parte do quadro.

Através da Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos promovemos treinamentos elementares, técnico-operacionais e de capacitação gerencial, além de cursos de aprimoramento e desenvolvimento pessoal e interpessoal. Praticamente todos os funcionários de todas as áreas receberam cursos e treinamentos desenvolvidos em parceria com os respectivos serviços. Merece observar-se que ao início de nossa gestão havia cerca de duzentos funcionários (10% do quadro total) que não sabiam ler e escrever. Destes, cento e trinta aceitaram o desafio, sendo-lhes ministrado curso de alfabetização e equivalência ao primário. Setenta e oito foram encaminhados para exame de equivalência no Centro de Estudos de Ensino Supletivo da Secretaria Estadual de Educação, dos quais setenta conquistaram o primeiro grau.

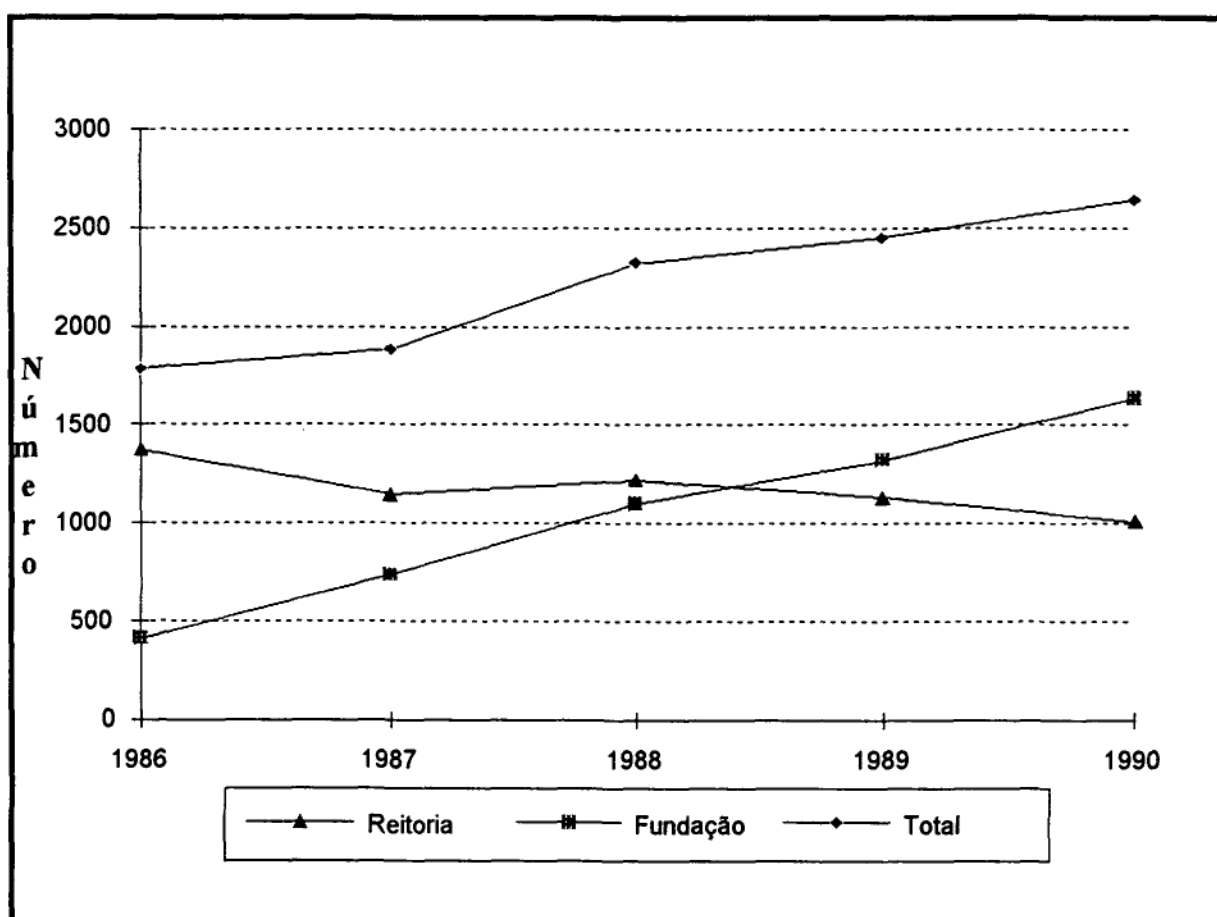
Pelo trabalho da Seção de Pessoal e da Seção de Apoio ao Servidor implantamos o vale transporte, o sistema de lanches, os uniformes e os vestiários para os funcionários, o ambulatório para atendimento médico, odontológico, psicológico e socioterapêutico, os exames periódicos para a prevenção de doenças ocupacionais e a tão sonhada creche, atendendo inicialmente a trezentas crianças a nível de berçário, maternal, jardim de infância e pré-primário.

Desenvolvemos um programa de *integração funcional*, apoiado em *manual próprio*, distribuído a cada funcionário, contendo todo um conjunto de informações e valores destinados a agregá-lo ao Hospital, e em reuniões setoriais com todos os servidores, demonstrando o que é o Hospital de Clínicas e qual o papel de cada um na organização.

Estimulamos o desenvolvimento da Associação dos Funcionários e cedemos um ambiente adequado para instalação de sua lojinha.

Estimulamos o encontro e o conagração de toda a comunidade hospitalar e nas famílias nos eventos ecumênicos e festivos de fim de ano e abrimos canais de comunicação e participação de todos junto à Direção do Hospital.

Dois propósitos, lamentavelmente, e apesar de enormes esforços, não conseguimos concretizar: recuperar e expandir as vagas do quadro próprio, assimilando ao menos parte dos funcionários contratados pela Fundação, e destinar parcelas das receitas para toda a comunidade laborativa, como incentivo ao desempenho. Burocracia, falta de decisão política de instâncias superiores e um aparato jurídico altamente cerceador foram obstáculos intransponíveis que frustraram esses desideratos.



Quadro 9A. Gráfico de Evolução do Quadro de Pessoal. 1986-1990

| ANO | REITORIA | FUNDAÇÃO | TOTAL |
|------|----------|----------|-------|
| 1986 | 1.373 | 410 | 1.783 |
| 1987 | 1.147 | 738 | 1.885 |
| 1988 | 1.220 | 1.102 | 2.322 |
| 1989 | 1.135 | 1.320 | 2.455 |
| 1990 | 1.009 | 1.637 | 2.646 |

Quadro 9B. Tabela de Evolução do Quadro de Pessoal. 1986-1990

QUADRO 9. EVOLUÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL. 1986-1990



Foto 9. *Crianças na Creche do HC: Atenção devida aos filhos dos trabalhadores*

Valorização das Linhas Profissionais

Como parte dessa política a Enfermagem foi posicionada a nível de Direção, com uma comissão de educação permanente. Ministraram-se cursos de auxiliar de enfermagem para os atendentes através de convênio com a Fundação Caetano Munhoz da Rocha da Secretaria Estadual de Saúde, certificando grande contingente de auxiliares de enfermagem neste período. Reformulou-se o sistema de supervisão da enfermagem, com maiores responsabilidades técnicas e administrativas aos supervisores. Abrimos oportunidade à consulta de enfermagem na Obstetrícia e na Clínica Médica. Entregamos à enfermagem a triagem do Serviço de Pronto Atendimento, o setor de coleta do Laboratório de Análises Clínicas, a chefia do Banco de Leite Humano e da Lavanderia. Expandimos a presença da enfermagem no Serviço de Hemoterapia, na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e nas próprias clínicas.

O Serviço Social foi transferido da Direção Técnica para a Divisão de Serviços Médicos, em reconhecimento aos aspectos clínicos envolvidos na sua intervenção, cujos profissionais deixaram de ser vistos como “secretários de luxo”. Ampliou-se o espaço profissional do Serviço Social na Direção de Recursos Humanos, nos ambulatórios e nas clínicas, e entregou-se à sua responsabilidade o Serviço de Voluntariado, importante instrumento de integração do hospital com a sociedade, dando ênfase à humanização do atendimento e do relacionamento do corpo funcional.

A Farmácia foi intensamente apoiada durante a gestão 1986-1990 e produziu, também, excelente resposta. Expandiu-se a presença do farmacêutico na própria seção de Farmácia, sua atuação junto às clínicas e na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. A resposta produzida pelos profissionais da Farmácia durante esta administração posicionou a Seção em níveis modelares, tanto que foi eleita pelo MEC como centro formador e de referência para todos os hospitais do Ministério da Educação.

A Nutrição evoluiu para uma prática cada vez mais presente na área clínica, ao mesmo tempo em que aperfeiçoava sua atuação na área da produção. Fixou-se a presença de nutricionistas clínicos junto ao Serviço de Transplante de Medula Óssea, no ambulatório de Endocrinologia/Diabetes e, em supervisão, nas várias unidades de internação do hospital.

O Serviço de Fisioterapia foi ampliado profissionalmente e a sua presença nas clínicas se fez mais assídua e constante, exercida por profissionais e não mais por estagiários.

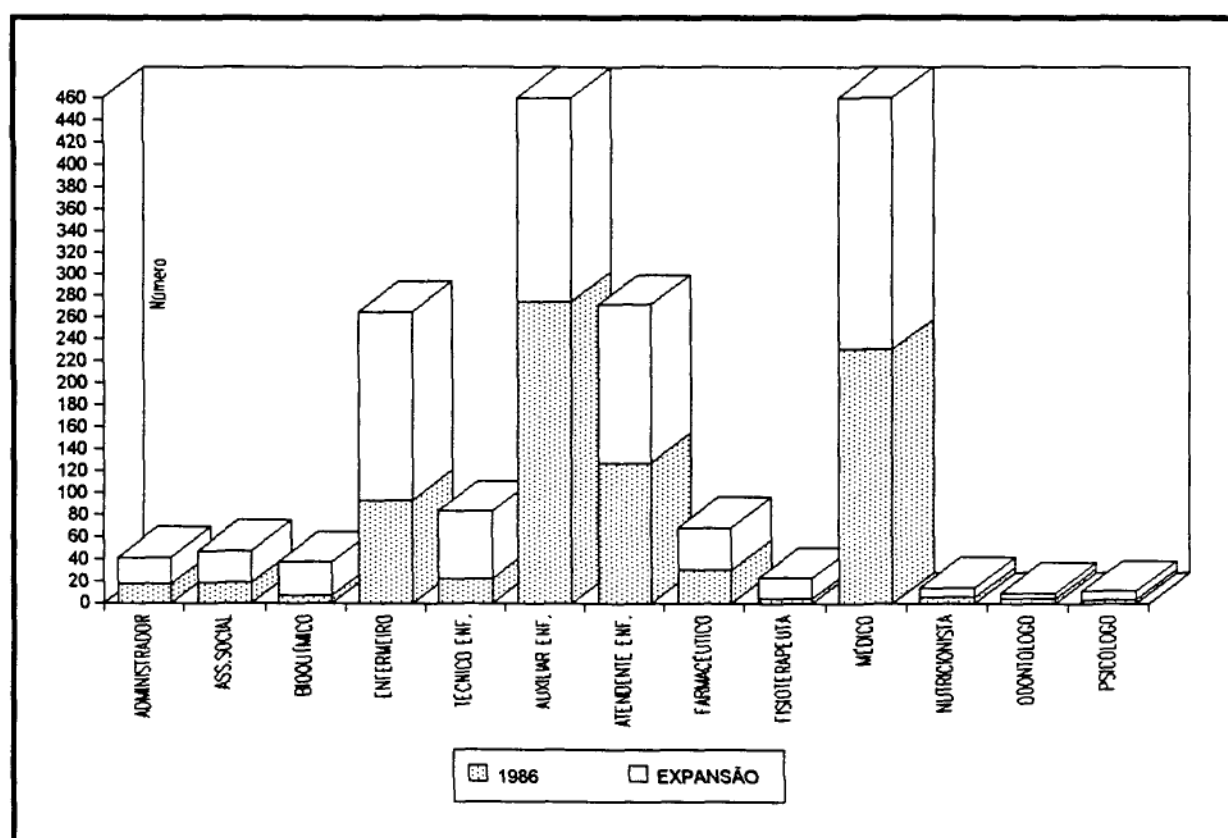
Foi estruturado o Serviço de Psicologia que, progressivamente, começou a expandir sua atuação.

Todos os quadros da equipe multiprofissional de saúde foram ampliados (Quadro 10). Todos os profissionais engajados no atendimento passaram a redigir nas mesmas folhas dos prontuários médicos, eliminando-se anotações à parte. O próprio Corpo Clínico foi redefinido, não mais como corpo médico, mas como o conjunto de todos os profissionais de saúde que atuam no hospital.

Além das linhas da saúde procuramos fomentar as demais linhas profissionais do hospital: criamos a Seção de Engenharia Hospitalar e estruturamos a Seção de Eletromedicina, revalorizamos os profissionais da Seção de Documentação Científica, ampliamos o campo de atuação para administradores hospitalares, abrimos um amplo espaço para profissionais de informática e buscamos profissionalizar o pessoal da segurança, zeladoria, lavadeira e cozinha.

Todas as linhas receberam treinamentos, equipamentos e condições mais adequadas para desenvolver habilidades pessoais e o pleno potencial de suas profissões e campos de atuação.

O resultado foi o florescimento de todas as linhas e a melhora da qualidade dos serviços, inovação e criatividade na solução de problemas, melhora do ânimo, da satisfação, da motivação e do engajamento de todos os profissionais no desenvolvimento do hospital.



Quadro 10A. Gráfico de Evolução Numérica de Algumas Linhas Profissionais. 1986-1990

| PROFISSIONAL | REITORIA | | FUNDAÇÃO | | TOTAL | | EXPANSÃO | |
|-------------------|----------|------|----------|------|-------|------|----------|--------|
| | 1986 | 1990 | 1986 | 1990 | 1986 | 1990 | Nº | % |
| ADMINISTRADOR | 14 | 8 | 3 | 16 | 17 | 24 | 7 | 41,18 |
| ASSISTENTE SOCIAL | 13 | 12 | 5 | 17 | 18 | 29 | 11 | 61,11 |
| BIOQUÍMICO | 2 | 2 | 5 | 28 | 7 | 30 | 23 | 328,57 |
| ENFERMEIRO | 73 | 70 | 20 | 102 | 93 | 172 | 79 | 84,95 |
| TÉC. ENFERMAGEM | 13 | 14 | 9 | 47 | 22 | 61 | 39 | 177,27 |
| AUX. ENFERMAGEM | 176 | 169 | 98 | 273 | 274 | 442 | 168 | 61,31 |
| ATN. ENFERMAGEM | 109 | 107 | 18 | 37 | 127 | 144 | 17 | 13,39 |
| FARMACÊUTICO | 27 | 26 | 3 | 12 | 30 | 38 | 8 | 26,67 |
| FISIOTERAPEUTA | 3 | 4 | 1 | 15 | 4 | 19 | 15 | 375,00 |
| MÉDICO | 132 | 124 | 98 | 133 | 230 | 257 | 27 | 11,74 |
| NUTRICIONISTA | 2 | 2 | 3 | 7 | 5 | 9 | 4 | 80,00 |
| ODONTÓLOGO | 4 | 4 | 0 | 1 | 4 | 5 | 1 | 25,00 |
| PSICÓLOGO | 2 | 2 | 1 | 6 | 3 | 8 | 5 | 166,67 |

Quadro 10B. Tabela de Evolução Numérica Discriminada de Algumas Linhas Profissionais.
Sem Inclusão dos Professores. 1986-1990

Auto-sustentação Econômica e Administração Financeira

No caminho de construção dessa política organizamos a área orçamentária e financeira a nível de uma Direção de Administração Financeira com três seções, a saber: Seção de Faturamento, Seção de Compras e Seção de Contabilidade, tendo ainda sob sua responsabilidade a Comissão de Licitação.

Foram aperfeiçoados os sistemas de contas médicas desde o registro das informações no prontuário até ao cuidado dos prontuários e sua conferência pelas secretarias dos ambulatórios, das unidades de internação e dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e, finalmente, o processamento das contas hospitalares, emissão das faturas e acompanhamento dos pagamentos.

Na outra ponta da circulação financeira, no que se refere aos gastos, procuramos racionalizar as compras pelo aperfeiçoamento da lista de materiais, pela seleção de produtos, pela expansão do leque de fornecedores e pelo planejamento mais adequado dos fluxos de abastecimento. Foi criada a já mencionada Comissão Revisora de Despesas e Consumos (CRDC), grupo multiprofissional e intersetorial atuando sob coordenação do Diretor Técnico no curso dos processos de compra. A Comissão de Licitação foi modernizada, reequipada e suas reuniões, além de públicas, passaram a ser abertas, realizadas no próprio saguão da Direção.

Um esforço muito bem sucedido foi desenvolvido na redução de desperdícios em todas as áreas. De fundamental valor neste sentido foram as reformas administrativas do almoxarifado: sua unificação, informatização e gerência estratégica (não meramente estoquista, mas de verdadeira administração de materiais); sua interatuação com a Direção Técnica, a CRDC, a Direção Financeira e as unidades consumidoras. Um novo e racional catálogo de produtos foi elaborado, estabelecidos estoques estratégicos e eliminados produtos de baixa rotatividade.

Aperfeiçoamos o acompanhamento, controle e avaliação dos custos hospitalares. De início chegamos a organizar uma Seção de Custos à nível da Direção de Administração Financeira. Na sequência da administração suas funções e quadros técnicos passaram a integrar a Assessoria de Planejamento, diretamente ligadas à Direção Geral.

Na modernização da administração financeira, um passo importante foi a implantação do Sistema Integrado de Administração Financeira da União - SIAFI, que se constitui em modalidade de acompanhamento da administração financeira dos recursos, que centraliza e uniformiza o processamento contábil, obtendo assim uma autonomia na execução orçamentária e financeira.

Na busca da auto-sustentação financeira procuramos viabilizar, via planejamento estratégico, convênios com instituições públicas e comunitárias que pudessem nos apoiar como adjuvantes de programas e projetos específicos, ou seja, como fontes alternativas de recursos.

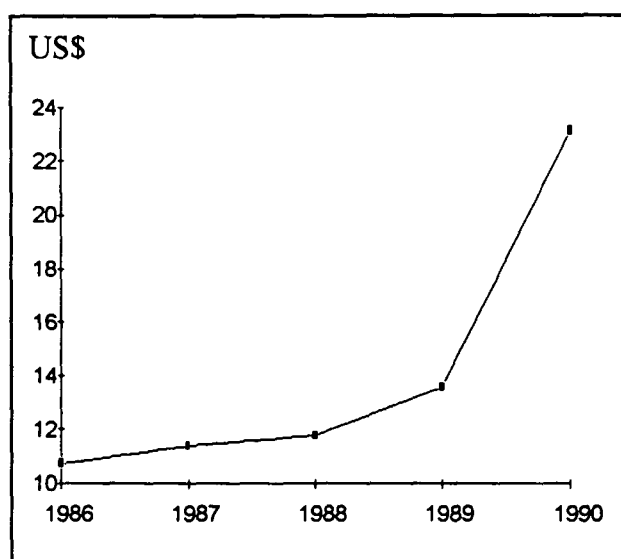
Foram projetados percentuais das receitas especificamente estimados para a folha de pessoal, materiais de consumo, serviços, equipamentos e obras, e reordenado o fluxo de caixa, de modo a evitarem-se despesas financeiras e obterem-se, quando possível, receitas financeiras.

Desenvolveram-se programas de redução do consumo de energia elétrica pela substituição de *luz quente* por *luz fria* nas áreas de circulação. Restaurou-se a rede de vapor para eliminar perdas e construiu-se a rede de retorno do condensado às caldeiras, que até então era perdido. Restaurou-se a rede hidro-sanitária eliminando-se vazamentos. Até mesmo sucatas e resíduos foram aproveitados para reduzir despesas ou gerar receitas como, por exemplo: os frascos de soro usados, que antes iam para o lixo, transformaram-se em pequenas lixeiras para descarte de agulhas; a prata do fixador usado nos filmes de raios X passou a ser extraída; todo material inservível, com algum valor comercial, passou a ser vendido.

Com todas estas medidas aumentamos a receita (Quadro 11) e equilibramos as contas do hospital. Pudemos produzir uma política salarial acima do mercado, recuperar e expandir as instalações, renovar velhos equipamentos e conquistar novos.

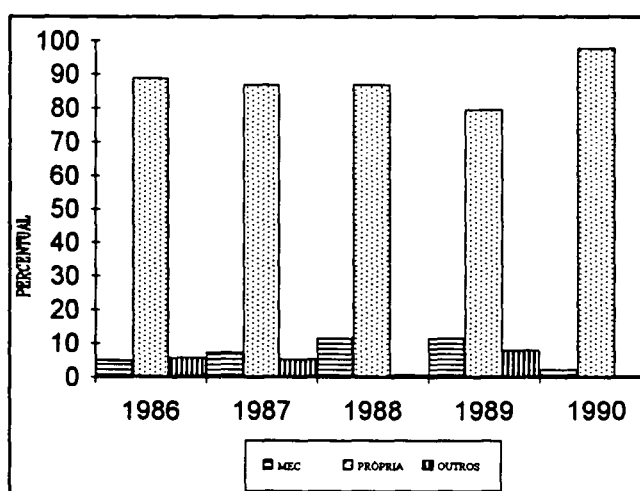
O planejamento estratégico, a modernização administrativa, a reorganização do trabalho, o desenvolvimento dos recursos humanos e as outras políticas embasadas nas novas crenças e valores assumidos efetivamente propiciaram a auto-sustentação econômica. A partir da auto-sustentação, foi a boa administração financeira que permitiu reerguer o hospital e melhorar a qualidade de seus serviços assistenciais, do ensino e da pesquisa.

| ANO | RECEITA PRÓPRIA US\$ |
|------|-------------------------|
| 1986 | 10,718 |
| 1987 | 11,405 |
| 1988 | 11,772 |
| 1989 | 13,555 |
| 1990 | 23,095 |



Quadro 11A. Evolução das Receitas em Milhões de Dólares. 1986-1990

| | ORÇAMENTO | RECEITA | OUTROS |
|------|-----------|---------|------------|
| ANO | MEC | PRÓPRIA | CONV. FED. |
| 1986 | 5,20 | 89,00 | 5,80 |
| 1987 | 7,40 | 87,00 | 5,60 |
| 1988 | 11,50 | 87,00 | 1,00 |
| 1989 | 11,50 | 79,50 | 8,00 |
| 1990 | 2,20 | 97,70 | 0,10 |



Quadro 11B. Origem dos Recursos (%). 1986-1990

QUADRO 11. EVOLUÇÃO DAS RECEITAS. 1986-1990

Readequação Arquitetônica e Administração Predial

O corpo físico do hospital: seus prédios e equipamentos prediais, foram objeto de permanente ação administrativa e investimentos. Quase trinta anos de desgaste e precária manutenção, mais a expansão não planejada da ocupação dos espaços, haviam conduzido o Hospital a uma situação deplorável de suas instalações e equipamentos prediais, e à circulação caótica em seu interior.

Preparamo-nos ao tratamento desta questão organizando e estruturando uma Direção de Administração Predial com seis seções: Seção de Engenharia Hospitalar, Seção de Manutenção, Seção de Eletro-Medicina, Seção de Transporte, Seção de Zeladoria, e Seção de Segurança.

O desencadeamento do trabalho deu-se já no primeiro dia da gestão, pelo que se poderia chamar de uma faxina geral, um verdadeiro mutirão de limpeza que percorreu o Hospital de alto a baixo, orientado a todos os azimutes. Estava em aplicação um conceito muito simples: talvez tenhamos de ser pobre, feio e quebrado por mais algum tempo, mas podemos e precisamos ser limpo, já; basta decisão, gerência, água e sabão!

Equipamos a zeladoria adequadamente, com carros utilitários e equipamentos de proteção para cada território de limpeza em que foi dividido o Hospital, bem como equipamentos multi-uso como as enceradeiras (havia apenas duas em condições de uso para os 45.000 m² de piso quando assumimos).

O pessoal da Zeladoria foi treinado pela equipe da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar através de cursos e reciclagens e, através do adequado gerenciamento por uma chefia competente, passou a manter o Hospital em condições modelares de higiene.

Programas de descarte, separação e tratamento adequado do lixo; a criação de murais adequados para fixação de avisos e a proibição de colagem de papeis nas paredes e portas do hospital; mais a solidária participação de toda a comunidade hospitalar foram fatores essenciais para manter o Hospital limpo.

Mais que isto, procuramos não sujar nem contaminar o mundo: revisamos e reforçamos a segurança no tratamento do lixo radioativo com o apoio da Comissão Nacional de Energia Nuclear, viabilizamos um sistema de coleta, transporte e destino final do lixo hospitalar em parceria com a Prefeitura Municipal de Curitiba através da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HC, reconstruímos o sistema despoluidor da chaminé das caldeiras a óleo que haviam ruído e recuperamos a caldeira elétrica colocando-as em funcionamento alternado.

Os telhados e sistemas de escoamento de águas pluviais de todos os edificios foram recuperados, eliminando-se, com isto, os sucessivos alagamentos da UTI Pediátrica, da Anatomia Patológica e de outras áreas do Hospital, que vinham alimentando infecções e prejuízos e exasperando, com toda procedência, a paciência dos usuários.

Recuperamos as esquadrias das janelas e substituímos mais de 1000 m² de vidros quebrados. Restauramos e reimpermeabilizamos todo o revestimento externo dos prédios e procedemos à repintura completa de todo o conjunto de edifícios.

Através de um convênio com a Secretaria Municipal de Cultura promovemos um concurso para artistas plásticos paranaenses cujo resultado foi uma belíssima pipa sobre fundo azul de autoria de Eduardo Nascimento pintada na empena cega do prédio dos ambulatórios; uma janela para o sonho clareando a austeridade do Hospital, uma mensagem de vida, alegria e movimento, um presente para Curitiba. De início aquele painel gigantesco agrediu algumas pessoas, que o viram como acinte a uma instituição séria. Depois haveria de virar um símbolo do Hospital, apropriado que foi por sua comunidade, do uniforme da creche à própria logo-marca do HC que o incorporou como elemento constitutivo..

Mediante convênio com a Secretaria Estadual de Cultura conseguimos a restauração, por profissionais daquela Secretaria, do painel externo ao Serviço de Pronto Atendimento: *O Bom Samaritano*, de Poty Lazorotto, obra de enorme valor artístico e sentimental ao Hospital e que foi reassinada pelo autor em homenagem aos que trabalham no HC.

Mediante contatos com a Prefeitura de Curitiba, a Rua General Carneiro recebeu realinhamento, expansão e recuperação das calçadas, além de recapeamento asfáltico no quarteirão do Hospital. Como contribuição ao HC, a Prefeitura reformou o arruamento e as calçadas de acesso e do pátio do hospital, onde pudemos instalar bancos, floreiras e jardins, produzindo-se condições de maior segurança e conforto às pessoas, disciplinando o acesso e o estacionamento dos veículos.

Em convênio com o Banco do Estado do Paraná, obtivemos a construção de um prédio no pátio do hospital que viabilizou a retirada do posto bancário do seu interior, instalando-o em condições de conforto para os usuários. Este novo posto criou ambiente para locação a livreiros e proporcionou uma praça suspensa, um canteiro verde onde antes havia doze vagas para estacionamento. Este convênio com o BANESTADO, ademais de não produzir nenhum gasto para o Hospital, resolver vários problemas e propiciar receitas de locação a livreiros voltadas a viabilizar o *projeto Creche*, passará a gerar aluguéis pagos pelo próprio Banco ao Hospital após dez anos de uso.

Mediante convênio com a Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia, foi entregue para reforma uma casa anexa ao Hospital que foi praticamente reconstruída por esta associação de pais e amigos de crianças portadoras da doença. Ai instalou-se o ambulatório de hemato-onco-pediatria além de viabilizarem-se duas lojinhas, uma para uso da própria Associação de Apoio e outra para uso da Associação dos Funcionários do Hospital.

Foram reorganizados os sistemas de guaritas e portarias do Hospital e introduziu-se, com o apoio massivo da comunidade hospitalar, o sistema de crachás de identificação, criando-se condições de efetiva segurança.

No ambiente interno, foi implantado um novo sistema de iluminação nas áreas de circulação e espera. Toda a pintura interna foi restaurada. Colocaram-se protetores de impacto nos corredores e portas. As áreas de espera tiveram seu mobiliário recuperado e as unidades de internação foram isoladas por portas de vidro.

Em convênio com o Curso de Educação Artística do Setor de Educação as enfermarias da Clínica de Cirurgia Pediátrica foram decoradas pelos estudantes, criando diversos painéis ambientais mais amenos e adequados aos pequenos clientes.

Foi iniciada a restauração dos grupos geradores, as entradas de energia e toda a rede elétrica, a rede e as instalações hidro-sanitárias, a rede de vapor (que foi inclusive completada com linhas de retorno do condensado) as redes de vácuo, ar comprimido e gases medicinais, os elevadores e monta-cargas. Reinstalamos em adequadas condições de segurança e acesso os tanques de oxigênio, e projetamos a reinstalação dos tanques de óleo. Todas as camas hospitalares, mesas de cabeceira, mesas de refeição, escadas de acesso ao leito e suportes de soro foram restaurados assim como macas, cadeiras de roda, mesas de exame e mesas cirúrgicas, sendo adquiridos apenas os equipamentos faltantes.

Ao longo dos quatro anos da administração 1986-1990 não houve uma única área do Hospital que não recebesse cuidados em termos de restauração das instalações, reequipamentos, adequação do mobiliário e manutenção de uso.

Pari passu, o Hospital conseguiu viabilizar um programa de obras com recursos próprios e governamentais, para reformas e expansão dos serviços dentre as quais destacam-se, como as mais importantes:

- Reforma e instalação do Serviço de Transplante de Medula Óssea, no 15º andar do prédio central, uma obra de engenharia avançada e complexa, de 1030 m², comparável às melhores unidades de transplante do mundo, centro nacional de referência e excelência;

- Reforma e instalação da Creche para filhos dos funcionários, na casa nº 61 da Rua General Carneiro, com 158 m², em situação considerada modelo pelas Secretarias Estadual e Municipal de Educação;

- Reforma e instalação do Banco de Leite Humano, no 5º andar do prédio da Maternidade, em convênio com a Legião Brasileira de assistência (LBA), com 182 m², classificado como centro de referência e excelência pela LBA, multiplicador para o Paraná e região sul.

- Reforma e instalação da Tomografia Axial Computadorizada de Corpo Inteiro, com 180 m², viabilizando um recurso diagnóstico até então indisponível ao Hospital de Clínicas;

- Reforma e instalação do Ambulatório dos Funcionários e restauração do Centro de Pesquisas Nefrológicas no imóvel de nº 25 da Rua General Carneiro, com 184 m²;

- Reforma e restauração do Laboratório de Análises Clínicas e adequação do Laboratório de Histocompatibilidade, no prédio do Setor de Ciências da Saúde, com 860 m²;

- Reforma e reinstalação da Clínica de Cirurgia Pediátrica, com 630 m², no 13º andar do prédio central;

- Restauração e reinstalação da Clínica Neurológica, com 630 m², no 12º andar do prédio central;

- Reforma e restauração do Serviço de Hemoterapia, com 354 m², no 2º andar do prédio central;

- Reforma e instalação do Serviço de Endoscopia Digestiva, com 122 m², no 3º andar do prédio central;

- Reforma e reinstalação do Seção de Farmácia, com 584 m², no 2º andar do anexo C;

- Reforma e reinstalação do Pronto Atendimento e dos Ambulatórios de Tocoginecologia e Reprodução Humana, com 920 m², no pavimento térreo da maternidade;

- Reforma e instalação do Vestiário dos Funcionários, com 636 m², no subsolo do anexo B;

- Reforma e instalação do Centro de Processamento de Dados, com 202 m², no 3º andar do prédio central;

- Reforma e instalação do Serviço de Voluntariado, com 36 m², no 3º andar do prédio central;

- Reforma e reinstalação do Serviço de Anatomia Patológica, com 916 m², no anexo D;

- Reforma e reinstalação do Centro Cirúrgico e Centro de Materiais Esterilizados, com 168 m², no prédio central;

- Reforma e restauração das portarias da maternidade, prédio central e entrada dos ambulatórios (anexo B);

- Reforma e instalação da Seção de Eletromedicina, com 72 m², no 5º andar do anexo B;

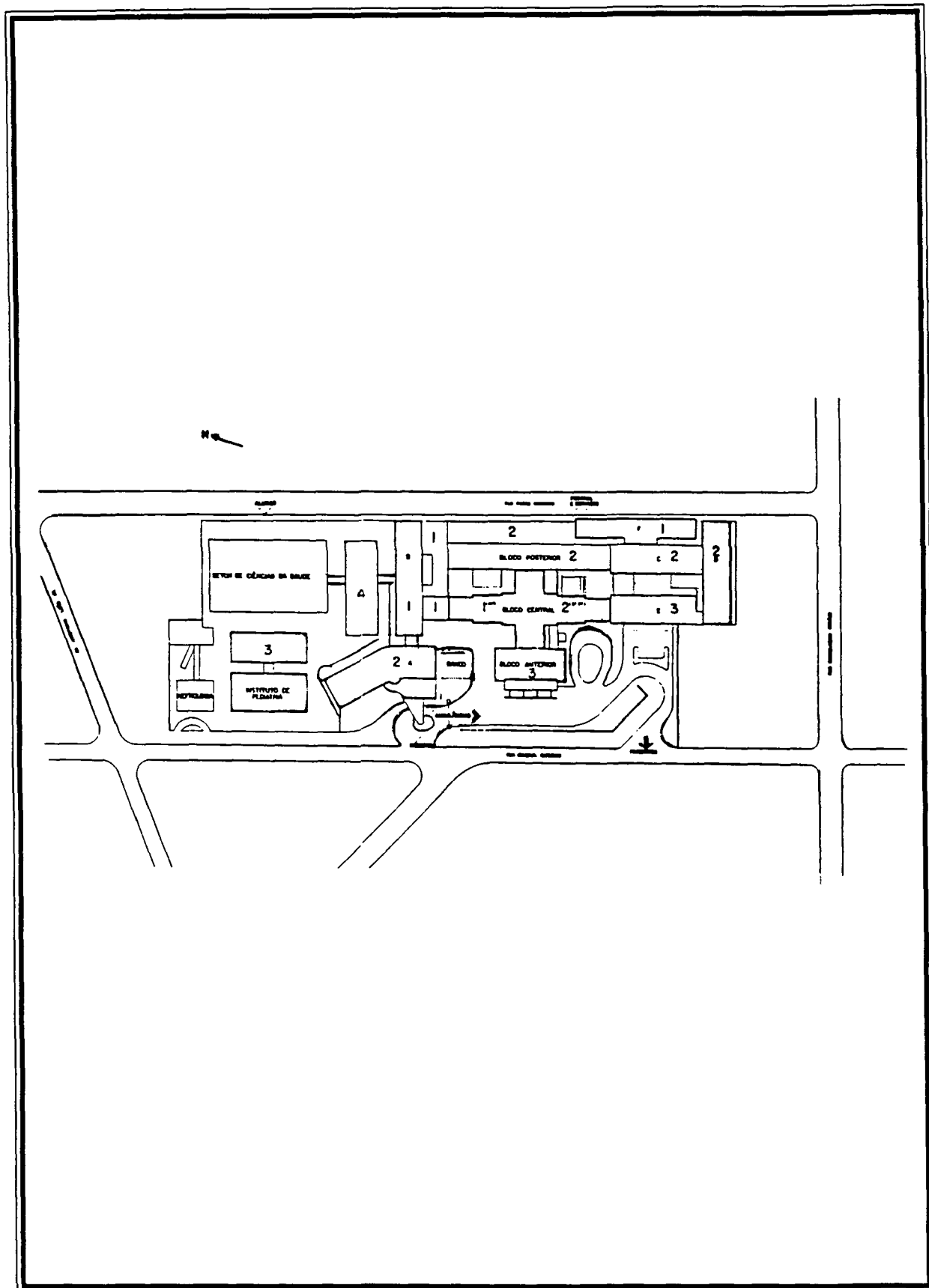
- Reforma e reinstalação do Serviço de Odontologia, com 25 m², no 2º andar do prédio central;

-
- Reforma e instalação do Serviço de Hemodinâmica, com 133 m², no 2º andar do bloco posterior;
 - Restauração do Serviço de Pronto Atendimento de Adultos e Crianças, com 75 m², no pavimento térreo do anexo C;
 - Restauração da Lavanderia, com 350 m², no térreo do prédio central;
 - Restauração da Cozinha, com 528 m², no térreo do prédio central;
 - Reforma e instalação da farmácia ambulatorial e da central de agendamento e registro do ambulatório, com 48 m², no térreo do anexo B;
 - Projeto e início da reforma do Centro Obstétrico, com 754 m², no 2º andar do prédio da maternidade;
 - Projeto e início da construção da expansão do bloco posterior, com aproximadamente 2000 m², para a expansão e reforma do Serviço de Radiologia;
 - Projeto e início da implantação do Sistema de Identidade e Comunicação Visual para orientação da circulação e localização dos serviços.

Fatores fundamentais aos êxitos obtidos na implementação da política de readequação arquitetônica e administração predial foram a elaboração de um Plano Diretor elaborado por escritório de arquitetura em interação permanente com a administração e os vários serviços do Hospital e a decisão de alocar compulsoriamente uma parcela das receitas, ainda que modesta, à manutenção, restauração e desenvolvimento das instalações físicas.

O Plano Diretor, contratado ao Escritório Alfred Willer, mediante licitação (após tentarmos sem sucesso viabilizá-lo pelo Departamento de Arquitetura da UFPR), foi sempre um guia seguro para o investimento racional e sequencial dos recursos disponíveis. Foi uma rota bem definida, na qual avançaríamos sempre (Quadro 12). A velocidade dependeria dos recursos disponíveis ou que fôssemos capazes de viabilizar, mas nos dava uma visão clara de onde estávamos, onde queríamos chegar, quais os caminhos e etapas da travessia. Buscar recursos com projetos em mãos tornou-se, também, muito mais fácil.

Fator essencial de sucesso nesta e nas demais políticas desenvolvidas com êxito, foi a participação da comunidade opinando, apoiando e até suportando os desconfortos inerentes a tantas obras e mudanças. Essencial foi também, nesta e nas demais políticas implementadas com êxito, a competência dos profissionais responsáveis por seu gerenciamento.



**QUADRO 12. PLANO ARQUITETÔNICO DIRETOR DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR
PLANTA DE SITUAÇÃO.**

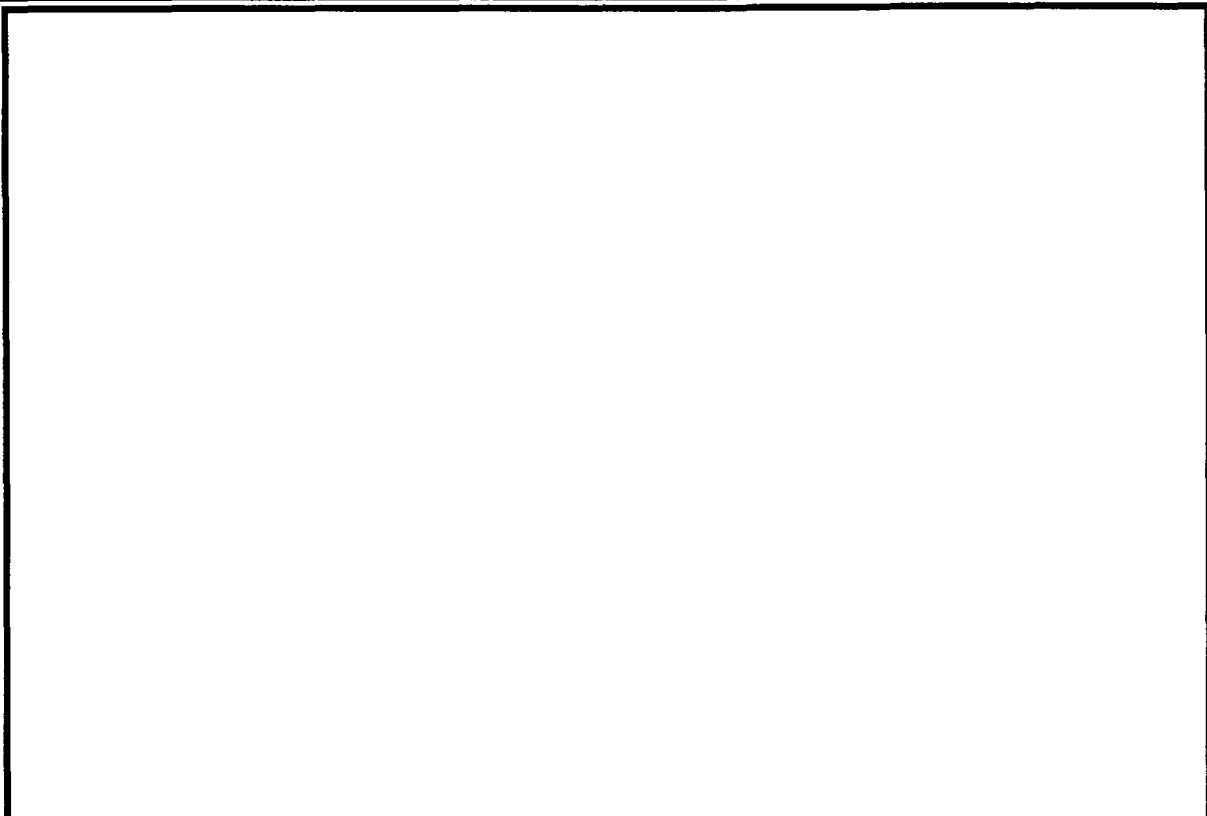


Foto 10. *Centro de Transplante de Medula Óssea:* Instalações especializadas, para excelência e referência, em procedimento "de ponta" na ciência médica.

Foto 11. *Entrada da Maternidade:* Qualidade também em atenção primária.

Atualização Tecnológica

A política de atualização tecnológica foi desenvolvida em duas linhas: tecnologia médica e informática.

A atualização da tecnologia médica, por sua vez, foi dividida em equipamentos de pequeno e médio porte e equipamentos de grande porte.

Com parcela da receita própria e recursos de convênios foram adquiridos, ao longo dos quatro anos da gestão, 130 aparelhos de médio e pequeno porte dentre os quais se incluem: microscópios binoculares para a Anatomia Patológica e Laboratório de Análises Clínicas; ventiladores para a Anestesiologia; monitores cardíacos para os Serviços de Pronto Atendimento, de Emergência e UTI; equipamento de cicloergometria para o Serviço de Métodos Cardiológicos bem como eletrocardiógrafos para este e vários outros serviços; eletrencefalógrafos e eletromiógrafo para o Serviço de Métodos Neurológicos; equipamentos odontológicos para o Serviço de Odontologia e de Transplante de Medula Óssea; endoscópios para o Serviço de Endoscopia Digestiva; centrífugas e ultracentrífugas para o Laboratório Clínico e o Serviço de Hemoterapia; equipamentos para automação da bioquímica e hematologia do Laboratório de Análises Clínicas, bem como micropipetas automáticas; câmaras de fluxo laminar para o Laboratório de Análises Clínicas e Farmácia; ao Centro Cirúrgico, microscópios para microcirurgia; equipamento para irradiação do sangue e hemoderivados e equipamentos de fracionamento do sangue para o Serviço de Hemoterapia; equipamento de ecografia para o Serviço de Radiologia; lâmpadas de fenda com fotômetro de aplanção para o Serviço de Oftalmologia; uretrótomos para o Serviço de Urologia; respiradores eletrônicos de volume para a UTI.

Com relação aos equipamentos médicos de grande porte, carecíamos, ao início de nossa administração, de tomografia axial computadorizada (embora dispuséssemos de um aparelho encaixotado, nos corredores do Hospital, há meses). Não dispúnhamos de acelerador linear capaz de produzir a radioterapia exigida pelos clientes de transplante de medula óssea (embora houvesse um pedido já tramitando no Ministério da Educação). O equipamento de hemodinâmica com duas décadas de uso, estava parado e irrecuperável; todo o Serviço de Hemodinâmica estava parado, prejudicando não só o atendimento médico como o ensino e a pesquisa, de vez que foram inviabilizadas dissertações ao Mestrado de Cardiologia, Pediatria e Medicina Interna nesta área. Era necessário renovar a gamacâmara do Serviço de Medicina Nuclear e atualizar o parque de equipamentos do Serviço de Radiologia. O Hospital não dispunha de ressonância nuclear eletromagnética nem equipamento de litotripsia que, embora menos essenciais, deveriam ser também planejados ainda que para futuro mais distante.

O Ministério da Educação nos informava que o próximo equipamento de grande porte previsto para o Hospital de clínicas da UFPR seria o acelerador linear e que não havia previsão para viabilizar o equipamento de hemodinâmica. Informava, também, que nenhum outro equipamento seria doado ao Hospital enquanto o tomógrafo axial computadorizado não houvesse sido instalado. Ademais, para atender seus clientes, o HC estava comprando exames de tomografia e hemodinâmica de outros serviços da cidade, assim como radioterapia de corpo inteiro para os clientes de transplantes de medula óssea, providências que representavam a solução possível para

os doentes, apesar de implicar no transtorno de transportá-los sob cuidados, mas não resolviam as questões de ensino e pesquisa referentes a estes procedimentos.

Nestas circunstâncias, priorizamos a instalação do tomógrafo computadorizado e o colocamos em operação.

Como não houvesse previsão de obtenção do equipamento de hemodinâmica junto ao MEC, desencadeamos processo licitatório para contratação deste serviço, a instalar-se no HC com os objetivos de realizar os exames do Hospital e de dar oportunidade ao ensino e à pesquisa em cardiologia. Embora uma solução atípica, esta providência revestiu-se de resultados plenamente positivos em termos de assistência, ensino, pesquisa e da própria administração.

O acelerador linear foi finalmente recebido do Ministério da Educação estando já projetadas e em execução suas complexas instalações com paredes de concreto com um metro de espessura.

O programa, de grande porte, envolvia ainda a atualização subsequente dos serviços de Medicina Nuclear e Radiologia, cujos novos equipamentos já estavam pleiteados junto ao MEC e cujas obras físicas (um completa reformulação e expansão das áreas da radiologia) já se iniciavam em 1989.

Na segunda linha de atualização tecnológica, o objetivo foi o desenvolvimento da informática. Embora se tenham feito alguns investimentos pontuais para resolver questões prementes, como administração de materiais (no almoxarifado), administração de recursos humanos (na Seção de Pessoal), faturamento e contabilidade, a estratégia aqui adotada foi também a elaboração de um plano diretor que objetivasse a informatização plena do Hospital, a ser implementada passo-a-passo mas concebida de forma integral.

O Plano Diretor de Informática foi concluído apenas no terceiro ano de gestão (1989), quando já se tinha uma visão clara e concreta da instituição, de seus processos de trabalho, já modernizados pelas atividades de O&M (organização e métodos de trabalho), e das reais necessidades, diretrizes e etapas da informatização. Havia, então, uma situação financeira equilibrada, os grandes investimentos na restauração dos edifícios e instalações já se haviam concluído e estavam em andamento reformas e edificações custeadas em parcerias com o Ministério da Educação.

Chegado o momento e obtido o consenso sobre o modo correto de desencadear a informatização plena, o Hospital promoveu concorrência pública que estabelecia as seguintes características ao *Sistema de Informações Hospitalares do Hospital de Clínicas da UFPR*:

1. Modularidade - O sistema deverá ser constituído por módulos, perfeitamente integrados entre si, desenvolvidos e implantados de forma independente, conforme as necessidades do hospital, listados em anexo do edital de concorrência;

2. Dados institucionais e setoriais - Haverá um único banco de dados no qual estarão armazenadas as informações de caráter institucional, oriundas e utilizadas pelos vários módulos.

O vários bancos de dados setoriais armazenarão as informações de seu interesse e de utilização no seu setor ou módulo. A realização de consultas deverá ser bastante ágil, rápida e fácil;

3. Pontos de entrada e recebimento de dados distribuídos nos locais de produção e utilização - Através de terminais e impressoras distribuídas pelo hospital, cada usuário entrará com os dados no momento de sua geração e os retirará no local e momento de utilização;

4. *On line* 24 horas - Pelas características de funcionamento de um hospital, o sistema deverá estar operante nas 24 horas do dia, com dados permanentemente atualizados.

5. Integração *Micro-Mainframe* - A comunicação entre o *Mainframe* e os microcomputadores existentes no hospital, ou que sejam instalados, deverá ser fácil e eficiente, permitindo que inúmeros setores processem seus dados localmente no microcomputador e remetam apenas os resultados finais (institucionais) ao *Mainframe*;

6. Facilidade de utilização e treinamento dos usuários - No HC-UFPR os usuários (funcionários, estudantes, médicos e enfermeiras) freqüentemente mudam de setores e de atividade, possuem os mais variados níveis culturais e não estão habituados à informática. Deverá existir um padrão comum de operação do sistema (telas, rotinas, etc) que facilite o treinamento dos usuários. Os dados deverão ser transferidos entre sistemas e telas, com a digitação das características do cliente ocorrendo apenas uma vez em todo atendimento;

7. Respeito às características do HC UFPR - O sistema deverá funcionar respeitando as particularidades do HC UFPR, como hospital universitário dedicado à assistência, ao ensino e à pesquisa.

Além destas características, a concorrência estabelecia:

1. Fornecedor único de *hardware*, *software*, periféricos, instalação, manutenção e treinamento - Para evitar problemas de incompatibilidade e a necessidade de várias concorrências e contratos de manutenção;

2. Aluguel de *hardware* e *software*- Evitando um desembolso inicial excessivamente volumoso e facilitando a atualização permanente;

3. Treinamento de pessoal do HC-UFPR - Após seleção, os funcionários habilitados seriam submetidos a treinamento nas áreas de programação e operação, criando mão de obra local e facilitando assimilação da informática pela instituição;

4. Parceria no desenvolvimento - Visando auxílio especializado de alto nível e de difícil obtenção no mercado, preservando a propriedade do *software* para o HC-UFPR e reduzindo significativamente o custo e o tempo de desenvolvimento.

Deve-se registrar que foi extremamente importante a participação da Universidade Federal do Paraná, através de representantes da Pró-Reitoria de Órgãos Suplementares, da douta

Consultoria e Procuradoria Jurídica da UFPR e da Comissão de Desenvolvimento da Informática da UFPR, em comissão coordenada por profissionais do HC, que trabalhou no detalhamento final do programa, no memorial descritivo do edital de concorrência e no julgamento das propostas.

Em dezembro de 1989 a empresa vencedora iniciou a instalação dos equipamentos. Em fevereiro de 1990 iniciou-se o desenvolvimento conjunto do sistema. Em março foi inaugurado o Centro de Processamento de Dados. Em maio foi implantado o primeiro subsistema: *Identificação dos Clientes* e, desde então, um após outro, os vários módulos da informática hospitalar vem sendo implantados estando a conclusão total prevista para 1993.

Se a política de atualização da tecnologia médica era essencial para recolocar o HC na posição de excelência/referência no cenário hospitalar do país, a política de informatização era essencial para implementar a integração de suas funções e serviços administrativos, assistenciais, de ensino e pesquisa. Mais que isto, a informática é uma ferramenta essencial de comunicação e integração interinstitucional na sociedade atual que será, cada vez mais, uma *sociedade de informações* operando em redes multicêntricas, sobrepassando fronteiras.



Foto 12. *Tomógrafo Axial Computadorizado de Corpo Inteiro:* Tecnologia moderna incorporada ao atendimento médico.



Foto 13. *Central de Informática:* Ferramenta essencial à administração, assistência, ensino e pesquisa.

Afirmação da Identidade Institucional

Descobrir a própria identidade, identificar seus valores e símbolos, retratá-los e difundí-los, buscando torná-los reconhecidos fatores de agregação, eram os objetivos da política de afirmação da identidade institucional. A construção desta política se fez através de cinco projetos:

1. O **Projeto de Identidade Vocacional** buscou identificar, covalidar e divulgar os elementos determinantes de suas vocações, pendores e tendências, ou seja, os valores (existentes ou desejados) reconhecidos como parte do que se chamou *Espírito do Hospital de Clínicas*: componentes de consciência, sentimentos e atitudes coletivas que devem animar sua existência e emanar de seu desempenho.

O que se percebeu e propôs a este respeito, em correspondência direta com os elementos constitutivos do novo paradigma adotado pela administração 1986-1990, foi registrado no editorial da primeira *Revista do HC-UFPR*, publicada ao final da gestão, em junho/1990, que reproduzimos a seguir:

“A primeira característica de seu *espírito* é o sentido de *EQUIPE*: equipe multiprofissional, que atua de forma cooperativa, integrada, sinérgica, cada qual desempenhando bem o seu trabalho, com entendimento do todo; equipe em que cada um procura facilitar ao máximo o desempenho dos demais formando uma verdadeira corrente humana; equipe que soma o trabalho da manutenção, da segurança, da zeladoria, da nutrição, da lavanderia, da farmácia, do laboratório, do centro de materiais, da enfermagem e do corpo clínico. Todos, enfim, associados para bem atender a cinquenta mil pacientes por mês.

A consciência de que estamos aqui para produzir *SERVIÇOS* é outro ponto importante. Não estamos aqui por puro deleite, nem como empregados apenas tentando ganhar a vida. Sabemos que este é um hospital público, sustentado pelo povo, com objetivo de prestar serviços. Em outras palavras, estamos aqui para produzir serviços públicos para uma variada gama de usuários. E quem são os usuários do nosso Hospital? São clientes e seus familiares, que nos procuram em busca de saúde; são os alunos de graduação e pós-graduação, os médicos residentes e estagiários que aprendem no hospital; são os professores que aqui ensinam; os pesquisadores que aqui desenvolvem investigação e pesquisa; são os funcionários, que aqui encontram a merecida promoção humana pelo trabalho; é a coletividade, a sociedade como um todo que de nós espera assistência, formação de recursos humanos, desenvolvimento científico e tecnológico e educação para a saúde.

Outra característica de nosso Hospital é o seu compromisso de desenvolver *PERFORMANCE COM EXCELÊNCIA* e não apenas produzir serviços, ainda que em grande quantidade. Como centro de referência para todo o sistema de saúde do Paraná, como instituição modelo para as demais instituições do Estado, operarmos com padrões de qualidade a níveis de excelência é nosso compromisso fundamental.

INICIATIVA é outra marca do espírito do HC, o que significa ser o primeiro a propor ou empreender: é iniciar a ação, é ousar, é não esperar soluções de fora mas buscá-las ativamente. Iniciativa opõe-se à passividade, ao fatalismo, à omissão e contrasta com atitudes do tipo “isto não é da minha responsabilidade”, ou “eu já fiz a minha parte”, ou ainda “a culpa é do governo”. Iniciativa reflete atitude consciente, de pessoas maduras, que compreendem que com o seu trabalho podem melhorar o mundo, a sua vida e a dos outros; que sabem que podem escrever a história ao invés de simplesmente assisti-la.

Outro sentido maior a nortear todo o nosso trabalho é o *RESPEITO à PESSOA*. E isto decorre da compreensão do homem como um ser biopsicossocial e espiritual, e do reconhecimento dos direitos humanos como valores fundamentais da humanidade. O respeito coloca a Pessoa no centro de nosso trabalho: um trabalho que usa a ciência, a arte e a tecnologia como ferramentas para a promoção humana.

INOVAÇÃO é outra característica do nosso espírito; inovação em todos os aspectos: da pesquisa (buscando o desenvolvimento científico) à organização do trabalho (buscando maneiras mais justas, práticas e confortáveis de fazer as coisas). Desde uma nova técnica de transplante até o aspecto mais apetitoso de uma refeição para os doentes, inovar é preciso.

Nossa energia maior, e que promove o funcionamento de nosso hospital, é o *TRABALHO COM CRESCIMENTO*. Não apenas trabalho mecânico, ergométrico. Não apenas trabalho em benefício de quem o recebe ou dele se serve, mas trabalho entendido e aplicado como forma de crescimento, de desenvolvimento, benefício também para quem o produz. E isto significa o melhor salário possível, ambiente e condições saudáveis, apoio e oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

Finalmente, mas não menos importante, a *OTIMIZAÇÃO NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS* disponíveis é a outra característica do espírito desse hospital. Não só porque os recursos são escassos perante as necessidades; não só porque advém do próprio trabalho produzido; não só porque administramos recursos públicos em um rico país *quebrado*, mas, acima de tudo, por uma elementar questão de inteligência e de respeito; respeito pelos recursos em si mesmos e pelos relevantes serviços que eles devem produzir.

Esta revista pretende tornar o Hospital de Clínicas da UFPR melhor conhecido. Se ela nos levar também a refletir sobre o *ESPÍRITO* que anima o HC terá ultrapassado seus objetivos:

Equipe Multiprofissional

Serviços aos Usuários

Performance com Excelência

Iniciativa

Respeito à Pessoa

Inovação

Trabalho com Crescimento

Otimização na Aplicação dos Recursos".

2. O **Projeto de Identidade Jurídico-Organizacional** visava identificar, projetar e construir uma identidade jurídica própria, que garantisse autonomia e agilidade administrativa, técnica e operacional ao hospital. Uma situação jurídica que ao mesmo tempo reforçasse sua natureza universitária, sua vinculação à UFPR, sua integração com os programas de ensino e pesquisa da Universidade e, de outro lado, lhe garantisse flexibilidade na administração financeira, de recursos humanos, de importação de equipamentos e materiais de consumo. Uma identidade facultadora das suas relações com a área da saúde, da educação, da ciência e tecnologia.

Conseguimos, neste campo, um avanço aparentemente singelo porém bastante importante: deixamos de ser um *órgão suplementar* vinculado à Pró-Reitoria de Órgãos Suplementares e passamos a nos vincular diretamente à Reitoria. Um segundo avanço foi conquistado quando nos tornamos *unidade orçamentária e gestora* da UFPR junto ao Sistema Integrado de Administração Financeira da União (SIAFI). Um terceiro avanço, onde foi também decisiva a posição do magnífico Reitor, foi a autorização para desenvolvermos uma verdadeira política de pessoal através da Fundação da Universidade, de modo a recompor gradualmente a força de trabalho do Hospital, instalar novos serviços, como a tomografia computadorizada e o Centro de Transplantes de Medula Óssea, e praticar uma política salarial competitiva no mercado de trabalho.

Não conseguimos viabilizar, por projeto de lei, a criação de um ente jurídico específico para os hospitais do MEC como pretendíamos todos os cinquenta hospitais do Ministério. Além de toda polêmica que envolvia o assunto, empenhava-se o Congresso Nacional, à época, em suas tarefas *Constituintes* e, forças havia que pretendiam arrancar estes hospitais de suas Universidades e passá-los à gestão das Secretarias Estaduais de Saúde. Foi preciso lutar aguerridamente para evitar esta insensatez e substituí-la pelo que viria a ser o artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Fundamental nesta luta foi a união dos Hospitais Universitários do MEC reunidos em um primeiro e histórico encontro autônomo em Curitiba, em 1988. Fundamental foram também os apoios do CRUB (Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras), da ANDES (Associação Nacional dos Docentes de Ensino Superior) e da FASUBRA (Federação das Associações dos Servidores das Universidades Brasileiras) que solidarizam-se com a luta dos Hospitais Universitários na manutenção de sua vinculação às respectivas Universidades.

3. O **Projeto de Identidade Visual** foi encaminhado através de solução técnica, profissional. Via processo licitatório, o HC contratou escritório especializado em arquitetura e comunicação visual que, interagindo com a comunidade do hospital, elaborou o *Programa Global de Identidade Visual* da instituição.

Sabíamos que a imagem de uma empresa, instituição ou órgão público se faz pelo conjunto de sensações e juízos sobre sua marca, produtos e desempenho. Sabíamos que a imagem é efetivada através da apresentação de seus elementos visuais e que a identidade visual e o sistema de orientação e informação visual refletem a natureza, organização e finalidade da instituição, padronizando, racionalizando e definindo sistemas de comunicação.

Assim, o projeto de identidade visual foi desenvolvido de acordo com os objetivos institucionais do Hospital de Clínicas da UFPR visando dotá-lo de uma imagem una, forte e segura, associada a sua missão: a **SAÚDE**.

Desenvolveu-se o programa global de identidade visual abrangendo dois elementos básicos:

1) O sistema de *Identidade e Programação Visual* composto por seu símbolo e logotipo, padronização de impressos administrativos e formulários operacionais, padronização de uniformes, crachás de identificação e tratamento visual da frota de veículos;

2) O sistema de *Orientação e Informação Visual*, constituído por sinalização interna e externa, pictogramas e definições técnicas relativas à sua confecção e manutenção.

O resultado deste trabalho do escritório Manoel Coelho Arquitetos, cuja marca resulta de uma síntese gráfico-analógica representada no Quadro 13 e inclui a pipa do painel externo, foi implantado de forma progressiva como elemento de identidade, identificação, orientação e informação visual.

A marca e sinalização do Hospital de Clínicas da UFPR foram objeto de publicação da revista *Design e Interiores*, em dezembro de 1989, e foram selecionadas para premiação pela I Bienal Brasileira de Design.

4. O Projeto de Identidade Comportamental visava encontrar, definir, referendar e desenvolver valores existenciais, ambientais e de relações humanas no hospital, especialmente no que tange às relações interpessoais (relações com o público; relações humanas no trabalho), às relações pessoas-hospital e ao bem estar dos usuários. Este projeto, que permeou o curso de toda a ação administrativa, mirava a permanente humanização do hospital e pressupunha o humanismo, a solidariedade humana e a qualidade, reconhecendo a satisfação do usuário como valor a ser reconhecido, preservado e praticado.

Estiveram nesta linha desde aspectos simples (porém fundamentais), como o padrão de limpeza do chão e dos vidros do hospital, o cuidado com os jardins, o asseio dos uniformes e a disciplina dos crachás nas portarias, até iniciativas tais como as decorações externas de Natal, presenteando a cidade nas noites de dezembro, a visão lúdica da pipa de quase 500 m² na fachada externa do anexo B, ou a decoração das enfermarias de cirurgia pediátrica.

Estiveram nesta linha, ainda, a substituição permanente das lâmpadas queimadas, o concerto ou eliminação dos relógios parados, a orientação da circulação pela comunicação visual, a afixação de cartazes e avisos apenas nos editais próprios (o que era respeitado até durante as greves), a preservação dos painéis artísticos e o respeito à história do HC (como a galeria dos ex-diretores). Aí estiveram as celebrações ecumênicas de ação de graças, os almoços festivos de fim de ano ou o projeto *Sexta-feira 13*, que levava, todas as sextas-feiras, às 13 horas, alunos das escolas e conservatórios de Curitiba a percorrerem o Hospital oferecendo, de clássicos a populares, música para todo o hospital.

Corolário desta atuação, voltada a valorizar um modo de viver, foi a criação do *Serviço de Voluntariado do Hospital de Clínicas*, em princípios de 1990. Baseado em moldes do voluntariado hospitalar dos Estados Unidos, iniciado com o envio de uma assistente social a estagiar em hospitais norte americanos para assimilar (e depois adaptar) a metodologia, o *Voluntariado do Hospital de Clínicas* é fator, a um só tempo, de integração do hospital com a sociedade, de melhoria da qualidade dos serviços, de humanização do atendimento e de exercício da solidariedade humana. Diferente de muitos outros trabalhos voluntários e associativos, caracterizados pela dedicação a angariar fundos através de promoções sociais (estes também de inegável mérito e valor), o *Voluntariado do HC* é um serviço realizado dentro do Hospital voltado diretamente à pessoa hospitalizada: o voluntário desempenha o papel de um parente próximo que, conhecendo as rotinas do hospital, acompanha o doente durante sua internação, cuidando de seus sentimentos pessoais e situações familiares, esclarecendo o que se passa, conduzindo-o e acompanhando-o durante os exames e recebendo-o no retorno do centro cirúrgico. O *Voluntário* não compete com nem faz as vezes dos profissionais do Hospital mas é parte da equipe assistencial. Colabora com o aperfeiçoamento da assistência e ajuda o doente durante sua estada no Hospital aliviando sua insegurança e desconforto, reduzindo sua permanência e riscos, acelerando seu restabelecimento e alta. O *Serviço de Voluntariado do Hospital de Clínicas* é, sem dúvida, uma das mais bonitas e bem sucedidas inovações da administração 1986-1990.

5. O Projeto de Autoconhecimento e Engajamento Institucional esteve, como os demais projetos englobados na Política de Afirmção da Identidade Institucional, sob a coordenação da Assessoria de Programas Especiais e contou com a participação da Direção de Recursos Humanos e da Assessoria de Comunicação Social.

Pode-se dizer que a busca do autoconhecimento e do engajamento da comunidade iniciou-se antes mesmo da posse ou até da eleição da administração 1986-1990, nas inúmeras dinâmicas participativas e em todas as oportunidades de encontro que ocorreram durante a gestão: nos debates pré-eleitorais, nas sessões do Conselho de Administração, nas Reuniões Comunitárias e nos Encontros de Administração e Chefia. Aconteceram até mesmo nas assembléias de greve, nas reuniões da direção com os Departamentos de Ensino, no exercício de todas as atividades da Comunicação Social, nas celebrações de fim de ano, nas palestras feitas sobre o HC nos clubes de serviço da cidade.

Uma gestão participativa só se faz com uma comunidade engajada. Só se engaja quem gosta. Só gosta quem conhece, compreende e se compreende no contexto. Assim, a busca do conhecimento do hospital, do papel de cada um no desempenho do hospital e do engajamento de todos neste ideal comum foi sempre buscada.

Com o tempo, a história do hospital, seus valores, crenças e técnicas, seus símbolos e identidade visual, foram tomando feições sempre mais nítidas para todos. Mas havia, por outro lado, um grande contingente de membros da comunidade interna (funcionários, alunos, médicos residentes e professores que representavam verdadeiros desafios de comunicação, ou porque não tinham disponibilidade de tempo para participar dos eventos coletivos, ou porque eram insubstituíveis e não podiam deslocar-se de seus locais de trabalho ainda que por curtos períodos,

ou mesmo porque tinham jornadas noturnas. Especialmente a estes foram voltadas algumas iniciativas do *Projeto de Conhecimento e Engajamento Institucional* embora o projeto visasse toda a comunidade interna e externa. Ele apoiou-se sobre a produção de materiais audiovisuais, especialmente a *Revista do HC da UFPR*, o *Manual de Integração Funcional do HC-UFPR* e um conjunto de diapositivos levados a todos os serviços numa agenda de reuniões que a equipe da Direção de Recursos Humanos haveria de fazer com os vários grupos funcionais, apresentando os diapositivos, entregando os manuais e conversando sobre o Hospital. Praticamente todos os funcionários do HC foram assim atingidos por estas mensagens de integração e a todos os recém-admitidos passou a ser entregue o *Manual de Integração* a partir de 1990 no pré-admissional.

SÍMBOLO E LOGOTIPO



HOSPITAL DE CLINICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA



HOSPITAL DE CLINICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANA

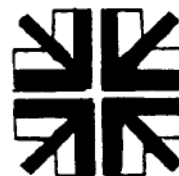
SÍNTESE GRÁFICO-ANALÓGICA

ASSOCIAÇÃO CORPORATIVA



Saúde
Medicina

ADMINISTRAÇÃO/ENSINO



Captação
Convergência

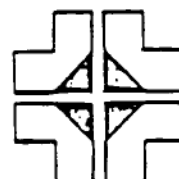


Componentes Corporativos
Simetria/Estabilidade

ANAMORFOSE DO PAINEL EXTERNO



Transmissão
Disseminação



QUADRO 13. SÍNTESE GRÁFICO-ANALÓGICA DO SÍMBOLO E LOGOTIPO DO HC



Foto 14. *Marco e Painel:* Identidade do Hospital de Clínicas das UFPR

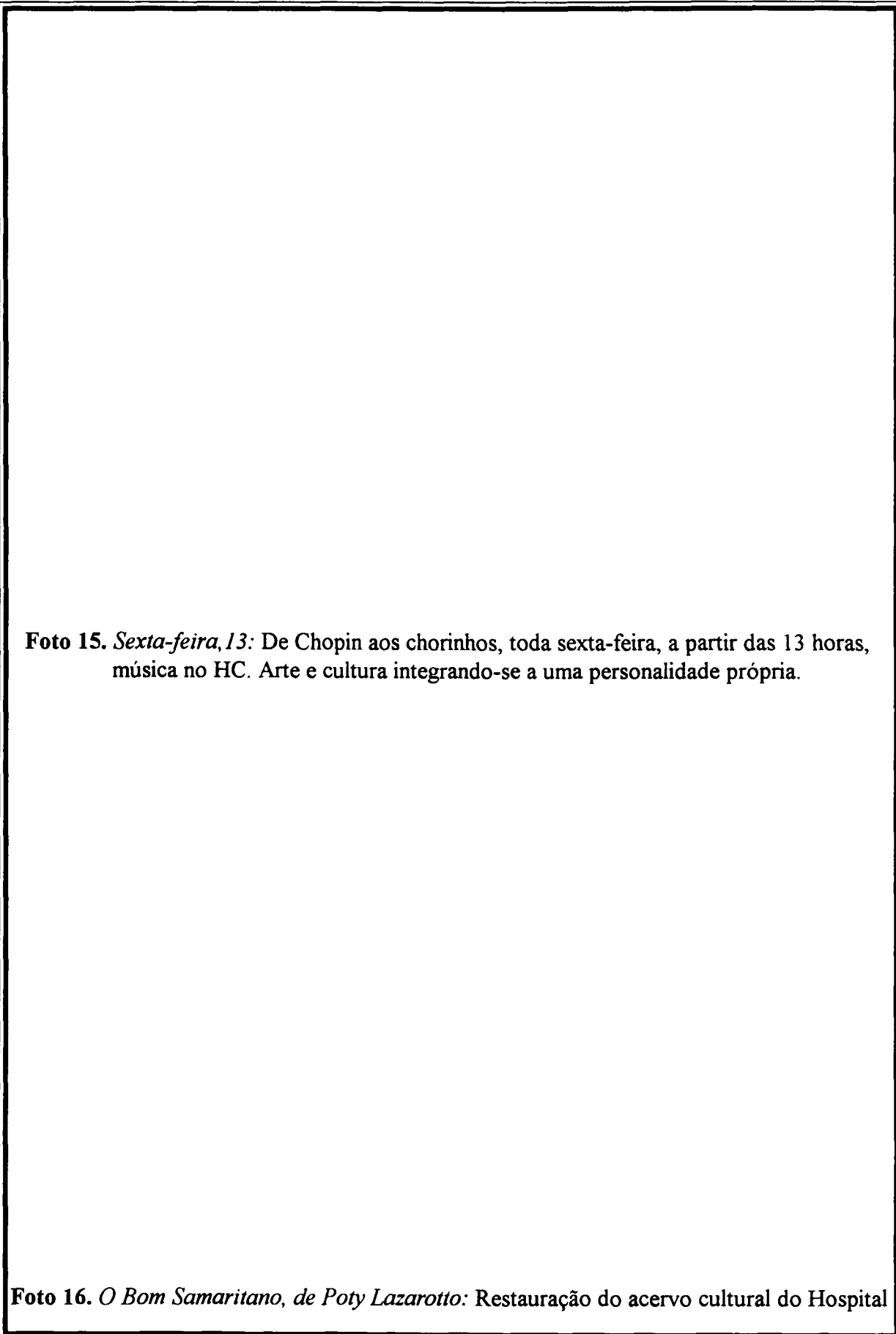


Foto 15. *Sexta-feira, 13:* De Chopin aos chorinhos, toda sexta-feira, a partir das 13 horas, música no HC. Arte e cultura integrando-se a uma personalidade própria.

Foto 16. *O Bom Samaritano, de Poty Lazarotto:* Restauração do acervo cultural do Hospital

Comunicação Social

O desencadeamento da política de comunicação social foi iniciado pela organização de uma assessoria própria, composta por profissionais de Jornalismo e Relações Públicas e implementado por um conjunto de ações.

Ao tempo em que proibíamos afixar papéis nas paredes por medida de higiene, foram colocados mais de trinta painéis, de aproximadamente cinco metros quadrados cada um, em todas as áreas do hospital, para uso totalmente livre e sem censura, desde que o autor se identificasse no material afixado.

Foi criado o *Jornal do HC*, de edição mensal, abordando os principais assuntos e acontecimentos do hospital, além de mantermos a comunidade permanentemente atualizada quanto ao que ocorria no hospital através dos murais.

Mensalmente promovíamos uma *Reunião Comunitária* do Diretor Geral para a qual eram convidados todos os funcionários, alunos, médicos residentes e professores, onde eram discutidos, com pauta aberta, quaisquer assuntos do interesse da comunidade.

Procurou-se levar o Hospital de Clínicas, suas realidades e sua importância social aos clubes de serviço, associações comunitárias e à grande imprensa. Tornou-se sistemática a elaboração de *press releases* aos jornais, rádios e televisões do Paraná de todas as notícias do HC e passou-se a atender de forma apropriada os profissionais de imprensa que buscavam notícias ou informações no hospital.

Periodicamente foram realizadas exposições no saguão da Direção, onde prestavam-se contas do que havia sido feito no período precedente e do que estava preparado a seguir, colhendo-se as manifestações dos visitantes.

Caixas de sugestões foram distribuídas em vários pontos de grande circulação onde recolhiam-se manifestações, identificadas e anônimas, contendo propostas, comentários, críticas, denúncias e reclamações.

Pela necessidade de comunicação, promovemos um concurso para artistas plásticos visando a criação de um personagem-símbolo que falasse pelo Hospital. O personagem (Quadro 14) foi utilizado no já citado *Manual de Integração Funcional do HC-UFPR*, cartilha pela qual o hospital passou a ser apresentado a todos os servidores, especialmente aos que ingressavam a trabalhar no HC.

Em um Natal, todos os professores foram presenteados com um diapositivo do Hospital de Clínicas, identificado seu nome na barra inferior, para ser usado quando das apresentações de trabalhos em congressos e outros eventos científicos.

A existência de uma assessoria de comunicação social passou a atrair alunos desses cursos da UFPR para estagiar no hospital e um dos melhores trabalhos de pesquisa de opinião de clientes

que tivemos, foi fruto justamente de uma estagiária de comunicação social.

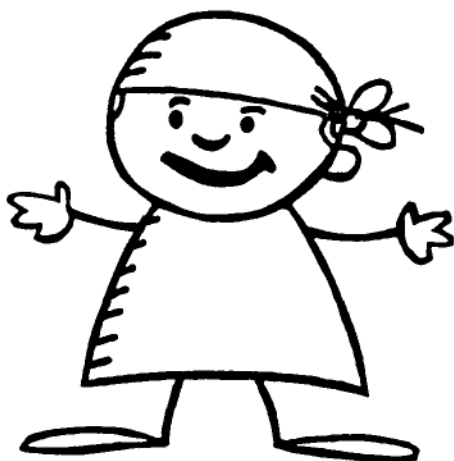
A comunicação social foi também extremamente importante na elaboração de vídeos institucionais (como *O HC, de Bem com a Vida*), utilizado para apresentar ao Ministério da Educação o esforço administrativo que vinha sendo feito por sua comunidade e conquistar relações de parcerias financeiras, mediante convênios, para viabilização de projetos. Temos a convicção que tais vídeos foram especialmente importantes na sensibilização das autoridades governamentais para a viabilização dos recursos às obras do Serviço de Transplante de Medula Óssea.

Ao final da gestão 1986-1990, foi editado o primeiro número da *Revista do Hospital de Clínicas da UFPR* voltada a divulgar amplamente o Hospital junto ao público interno e externo.

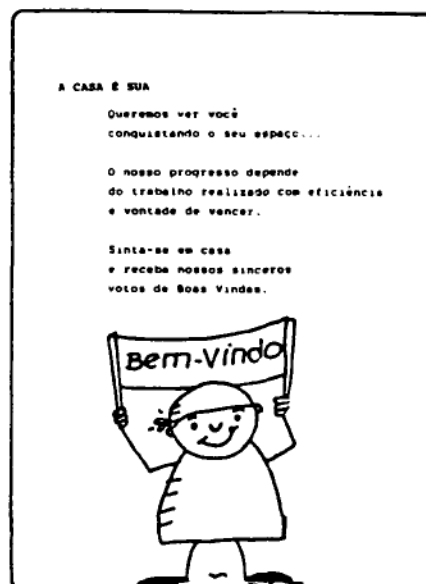
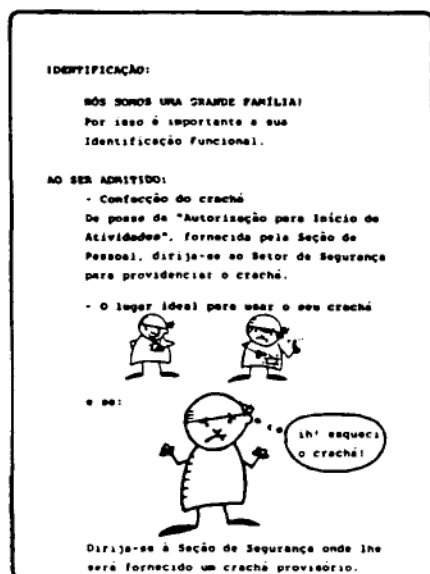
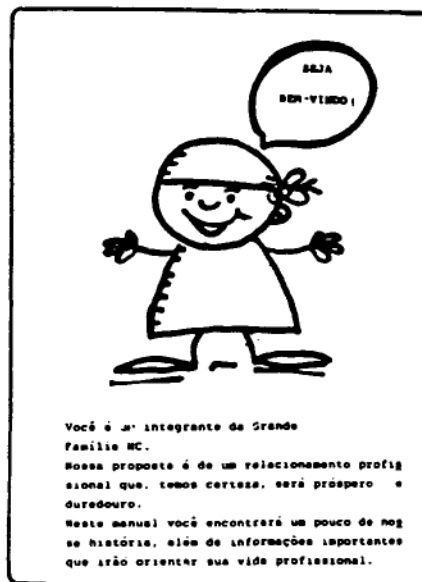
Restou ainda projetado, em detalhe, a implantação de um circuito interno de TV educativa, com terminais em todas as áreas de espera dos ambulatórios e todas as áreas de lazer das unidades de internação para implantação no futuro.

Simultaneamente buscou-se trazer a sociedade para dentro do HC. Neste sentido, estava em andamento a elaboração de um roteiro de visita pedagógica para colegiais e várias exposições de artista plásticos do Paraná foram promovidas no saguão da Direção do Hospital. Também nesta linha, somou-se a criação do Voluntariado do HC.

Desenvolvendo uma política de comunicação social o hospital passou a ter ouvidos e ter voz, a comunicar-se com sua comunidade interna e com a sociedade. Tornou-se, de fato, parte da sociedade. Construiu e apresentou sua personalidade, afirmou sua identidade, tornou-se conhecido, respeitado, protegido e apoiado.



Manual de Integração Funcional do HC-UFPR



**QUADRO 14. PERSONAGEM SÍMBOLO DA COMUNICAÇÃO SOCIAL DO HC:
EXEMPLO DE APLICAÇÃO EM MANUAL DE INTEGRAÇÃO FUNCIONAL**



Foto 17. *Cartão Postal do Hospital de Clínicas da UFPR*: Veículo de Comunicação Social



Foto 18. *O Hospital de Clínicas em Fins de Ano*: Comemorando com a cidade de Curitiba.

Participação Comunitária e Relações Interinstitucionais

A participação comunitária e as relações interinstitucionais representam campos complementares de uma mesma política que entende o Hospital de Clínicas como um ser vivo, de relações. Não apenas um aparelho formador ou produtor de bens e serviços, mas um organismo inserido numa sociedade, numa rede de organizações governamentais e não-governamentais, numa comunidade científica e tecnológica que ultrapassa as fronteiras do país e, acima de tudo, na compreensão de que ele é constituído por pessoas, determinantes e responsáveis por seu desenvolvimento.

Uma política de portas e telecomunicações abertas e de busca ativa de participação e parcerias, é a simples consequência, concreta e óbvia, desta compreensão.

Assim, a administração 1986-1990 procurou ativamente o exercício da *gestão participativa* pela participação da comunidade interna executada através do respeito e consideração ao Conselho de Administração, dos Encontros de Administração e Chefias, das Reuniões Comunitárias, do estímulo às reuniões setoriais em todas as seções e serviços, da comunicação social efetiva.

Abrimos espaços e estimulamos simultaneamente participação da sociedade (a comunidade externa) na atuação hospitalar e citamos, como os melhores exemplos desta participação:

- a parceria com a *Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia* que atua de forma integrada e efetiva junto ao Ambulatório de Hemato-Onco Pediatria;
- a *Associação Alirio Pfifer*, formada por empresários paranaenses, que apoia a qualificação profissional pós-graduada, no exterior, de profissionais do Serviço de Transplante de Medula Óssea e fomentar outras formas de desenvolvimento deste serviço. Seu nome é uma homenagem ao primeiro doente submetido a este transplante no Hospital de Clínicas, em 1979, o primeiro caso na América Latina;
- a *Associação dos Amigos dos HC*, instituída no curso da crise de 1984, que busca mobilizar recursos junto à comunidade para apoiar os clientes mais carentes do Hospital especialmente após a alta;
- a antiga e efetiva *Associação Rubens Lima*, que desde há muitos anos, numa visão avançada e inteligente do Departamento de Pediatria, vem apoiando aquele Departamento em seus programas de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico;
- as *pastorais* católica e protestante que, sob atenção da Direção do Corpo Clínico vêm desempenhando seu ministério no Hospital;
- o *Serviço de Voluntários do Hospital de Clínicas*, que traz voluntários de toda sociedade curitibana a acompanhar e apoiar os clientes internados no Hospital, participando, desta forma, de todas as dinâmicas dos serviços e seções do HC.

No campo das relações interinstitucionais buscou-se ao máximo implementar a interação com organismos dos governos municipal, estadual e federal, bem como com outras instituições hospitalares e universitárias do Brasil e exterior.

Passamos a atuar de forma muito mais integrada com as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde na programação e articulação das ações e serviços de saúde produzindo-se, inclusive, o projeto integrado de criação do Pronto Socorro de Curitiba Norte.

Interagimos com o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), com a Coordenação de Programas e com a Secretaria de Obras da Prefeitura Municipal de Curitiba tanto no Projeto Pronto Socorro Norte, como na reforma do sistema viário em torno do Hospital de Clínicas e na recuperação da rua General Carneiro no trecho do HC.

Obtivemos apoio das Secretarias de Cultura do Estado e do Município em vários projetos que destacamos: o concurso do painel mural do HC, a restauração do painel de Poty Lazarotto e o concurso de personagem símbolo do Hospital. Trabalhamos com as Secretarias de Educação no projeto de alfabetização e equivalência de primeiro grau a funcionários, e no Projeto Creche.

Trabalhamos articulados com o escritório regional do INAMPS, o Corpo de Bombeiros da Polícia Militar do Estado do Paraná, as Secretarias de Saúde do Estado e do Município, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, a Pontifícia Universidade Católica e o Comitê Paraná-Ohio, no planejamento e implantação do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Sistema Integrado de Atendimento às Emergências (SIATE).

Com a Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha desenvolvemos, em parceria, os cursos para auxiliar e técnico em enfermagem.

Em parceria com a LBA implantamos o Banco de Leite Humano no HC, eleito como de referência para o Estado do Paraná.

Com o Banco do Estado do Paraná celebramos convênio que viabilizou instalar o posto bancário e os livreiros em ambiente externo ao Hospital, criando ainda uma praça, um ambiente de lazer ao ar livre que o HC não dispunha.

Estreitamos nossas relações com o Ministério da Educação, com o Ministério da Saúde e com o Ministério da Previdência Social e conseguimos conquistar investimentos financeiros extra-orçamentários, mediante convênios, para implementar projetos do Hospital.

Através do Comitê Paraná-Ohio participamos de intercâmbios patrocinados pela *National Association of the Partners of the Americas*, estabelecendo relações com a *Ohio State University*, *Cincinnati University*, *Miami Valley Hospital* e *Cleveland Clinic*, que ofereceram a profissionais do HC a oportunidade de visitarem e estagiarem naquelas instituições: um intercâmbio bastante saudável à renovação e ao desenvolvimento do Hospital.

A política de abertura e busca ativa de participação da comunidade interna e da sociedade na gestão hospitalar e do fomento às relações interinstitucionais foi da maior importância à modernização da administração hospitalar e aos programas assistenciais, de ensino e pesquisa do HC. Esta política permitiu agregar inteligência, experiência e recursos ao Hospital de Clínicas e projetar mais largos horizontes.



Foto 19. *Voluntariado em Ação:* Solidariedade humana e participação da comunidade.

Desenvolvimento dos Serviços Assistenciais

Todo o aperfeiçoamento de modernização administrativa e de gestão financeira, o desenvolvimento dos recursos humanos, a recuperação das instalações e equipamentos, a atualização tecnológica, a normalização do abastecimento dos insumos, a estabilização dos pontos de equilíbrio entre as várias seções e serviços e todo esforço de desenvolvimento organizacional feito pela administração hospitalar visaram, acima de tudo, propiciar condições adequadas à assistência médica, ao ensino e à pesquisa em saúde, objetivos maiores da instituição.

À medida em que o desenvolvimento da organização permitia melhores condições de desempenho, a assistência à saúde passou a ser praticada de forma mais adequada em termos qualitativos, e a assimilar melhor as demandas. Cresceram o atendimento ambulatorial (Quadro 15), as internações hospitalares (Quadro 16) e o movimento cirúrgico (Quadro 17).

Além de investir linearmente no benefício de todos os serviços e especialidades, a política de desenvolvimento dos serviços assistenciais elegeu três linhas como prioritárias em termos de ação estratégica:

- **serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento;**
- **serviços com demandas assistenciais reprimidas;**
- **serviços de alta complexidade.**

A prioridade dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento decorreu do simples fato de que tais serviços são apoio essencial ao desenvolvimento de toda e qualquer especialidade. A expansão do número de leitos de qualquer clínica perpassa pela equação, não só do corpo clínico que se fará necessário adicionar mas, principalmente, de todos os insumos (inclusive de exames) que terão de ser ajustados à nova demanda. Assim, foram feitos, prioritariamente, investimentos na capacitação do Laboratório de Análises Clínicas, no Serviço de Hemoterapia, na Seção de Farmácia, no Serviço de Anatomia Patológica e nos serviços de diagnóstico por imagem. Uma sequência imposta não só pela importância ou precedência dos respectivos serviços mas, principalmente, pela logística e pelo fôlego financeiro exigido na execução de cada um destes projetos de expansão.

O Laboratório de Análises Clínicas e o Serviço de Hemoterapia necessitavam intervenções de engenharia de pequena monta e moderadas expansões de quadros técnicos, concentrando-se os maiores investimentos em equipamentos de automação. A Farmácia necessitava intervenções de engenharia mais complexas e extensas e moderada expansão de quadros técnicos, com investimentos em equipamentos relativamente baixos. Já as intervenções necessárias à Anatomia Patológica e à Radiologia eram extensas, complexas e de custos elevados, assim como eram bastante dispendiosos os investimentos em equipamentos, especialmente os de raios X.

Embora até ao final da gestão 1986-1990 as reformas e ampliações dos Serviços de Anatomia Patológica e de Radiologia ainda estivessem em andamento, comprometendo em parte o desempenho dessas áreas, as intervenções concluídas no Laboratório de Análises Clínicas, no Serviço de Hemoterapia e na Farmácia, assim como a instalação da tomografia computadorizada de corpo inteiro, a expansão da ecografia e a instalação do novo Serviço de Endoscopia Digestiva já davam respostas positivas (Quadro 18): descongestionavam o atendimento dos ambulatórios e

das clínicas, aumentavam a resolubilidade dos serviços e reduziam as médias de permanência das internações (Quadro 19).

A prioridade dos serviços com demandas reprimidas impôs-se pelo compromisso social do Hospital no contexto do sistema estadual e local de saúde. A análise epidemiológica das demandas demonstrava uma redução na procura pelos Serviços de Pronto Atendimento de Adultos e Crianças conseqüente à boa expansão e resolubilidade da rede de postos e centros de saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba. Permanecia forte a pressão da demanda sobre a maternidade oriunda, especialmente, da região norte da cidade e do limítrofe município de Colombo. Tínhamos, ademais, pressão de demandas reprimidas por internações nas clínicas médicas e cirúrgicas, em especial nas especialidades de neurologia, hemato-oncologia, ortopedia, urologia e cirurgia cardíaca. Também as especialidades pediátricas encontravam-se constrangidas em termos de expansão de leitos. Ao par das necessidades de expansões havia, entretanto, um fator restritivo grave ao crescimento das clínicas médicas, cirúrgicas e pediátricas: a limitação das áreas físicas no extremo de sua ocupação.

A completa ocupação das áreas físicas do Hospital de Clínicas e a pressão das demandas da assistência, ensino e pesquisa representaram um dos mais difíceis problemas a serem equacionados pela administração. As soluções possíveis foram dirigidas sobre três eixos:

- **aproveitamento maximamente racional das áreas disponíveis;**
- **aproveitamento maximamente racional dos leitos disponíveis;**
- **expansão das áreas pela descentralização dos serviços e das clínicas.**

O **aproveitamento maximamente racional das áreas disponíveis** foi analisado e orientado pelo plano diretor de arquitetura e passou por todo um programa de obras embasadas neste plano diretor. Pelo aproveitamento racional dos espaços (por vezes mínimos) conseguiu-se melhorar o Pronto Atendimento da Maternidade, o Centro Cirúrgico, o Centro de Materiais, o Centro Obstétrico e vários outros serviços. Aproveitando ao máximo o terreno praticamente saturado do Hospital, conseguiu-se equacionar a expansão da radiologia, do laboratório e da farmácia no projetado e iniciado anexo F; conseguiu-se a instalação da tomografia computadorizada de corpo inteiro, e projetaram-se instalações adequadas em área nova para o acelerador linear. Com muito esforço conseguiu-se reexpandir, ainda que modesta e paulatinamente, o número de leitos (Quadro 20).

O **aproveitamento maximamente racional dos leitos disponíveis** era uma questão menos de arquitetura e muito mais de organização e métodos de trabalho. O desafio, aqui, era fazer tudo funcionar direito e em ponto de equilíbrio, para não desperdiçar leito-dia. Se a Administração Hospitalar tem um componente artístico, a essência desta arte é a regência do enorme conjunto de serviços que precisam funcionar de maneira sincrônica para produzir um resultado harmônico. A quebra de um jejum, a falta de um exame, o atraso de um profissional no início de uma cirurgia, a falta de campos esterilizados, qualquer uma dessas ocorrências é capaz de suspender um procedimento e retardar uma alta. Este esforço é contínuo e não depende apenas de uma regência competente mas do trabalho consciente e eficiente de cada profissional e serviço. Tivemos, a este respeito, uma boa resposta da média de permanência (já apontada no Quadro 19), mas a taxa de ocupação (Quadro 21) nos apontava sempre que havia ainda muita racionalidade a conquistar, ou

seja, as internações estavam sendo mais objetivas e de menor permanência, mas os leitos ficavam ainda excessivamente desocupados entre uma alta e a internação subsequente, às vezes em função da sazonalidade docente-assistencial de determinadas clínicas.

A **expansão das áreas pela descentralização dos serviços e clínicas**, embora tenha propiciado medidas imediatas (como a locação de imóvel externo para os macro-estoques reguladores do almoxarifado e o estímulo à realização de certos procedimentos a nível ambulatorial), apontava para medidas de médio e longo prazo, para a aquisição imobiliária e para a projeção da descentralização das clínicas na forma de institutos especializados.

Assim, projetaram-se a aquisição de tantos imóveis quanto possíveis no quarteirão do Hospital e no quarteirão dos fundos, com face à Rua Padre Camargo. Projetou-se, também, a criação do *Hospital de Retaguarda*, um hospital de cuidados mínimos, anexo ao HC, capaz de acolher pacientes de longa permanência e cuidados de enfermagem tais como: clientes em programas intermitentes de quimioterapia, clientes com longo tempo de tração ortopédica, clientes com seqüelas de acidente vascular cerebral em reabilitação e outros. Projeto neste sentido foi desenvolvido com vistas à aquisição e adaptação do Hospital Sant'Ana, à Rua Padre Camargo, com este fim, o que aliviaria os leitos do HC desta demanda e permitiria uma maior rotatividade de seus leitos, de alto custo e de suporte complexo.

Sob a diretriz da descentralização projetou-se a edificação do *Pronto Socorro Curitiba Norte* no quadrante norte da cidade, de sobejo reconhecido como carente deste equipamento assistencial, em uma parceria que envolvia o Ministério da Previdência Social (cedendo um terreno), a Prefeitura Municipal de Curitiba (projetando e construindo o prédio), a Secretaria Estadual de Saúde (provendo todo o equipamento e mobiliário) e o Hospital de Clínicas fazendo-o funcionar. Convênio neste sentido foi assinado entre as partes. A Prefeitura contratou o projeto mas retardou-se, desafortunadamente, na execução das obras. Este *Pronto Socorro*, cuja essencial necessidade faz de sua edificação apenas uma questão de tempo, permitiria ao HC dotar-se de um serviço que até então nunca tivera à disposição, voltado às emergências e ao trauma, e que deixa uma enorme lacuna nos programas de ensino e pesquisa em área que é de atenção primária à saúde.

Sob a diretriz da descentralização projetou-se a edificação do *Instituto de Pediatria*, uma área de assistência, ensino e pesquisa reconhecida por sua excelência, merecedora de conceito "A" em todas as avaliações da CAPES, de referência nacional em terapia intensiva, e que dispõe de apenas um pavimento no prédio central do HC, fisicamente constrangida em seu desenvolvimento: uma enorme concentração de qualidade que só precisa de espaço para crescer. O próprio Departamento conseguira um projeto para construir um novo *Instituto*, bem como área para sua edificação, pertencente à UFPR, no bairro Capanema, cabendo ao HC apoiar a busca de recursos à sua viabilização.

Sob a diretriz da descentralização discutia-se, ainda, a reincorporação da Maternidade Victor Ferreira do Amaral e sua reforma, para expansão das atividades do Departamento de Toco-Ginecologia. A partir de sua reincorporação, atendendo os casos rotineiros, a maternidade do próprio HC ficaria destinada aos casos complexos e às gestações de alto-risco. O assunto

estava pautado para ser discutido com a Reitoria e o Governo do Estado que estava administrando a maternidade através de sua Secretaria de Saúde.

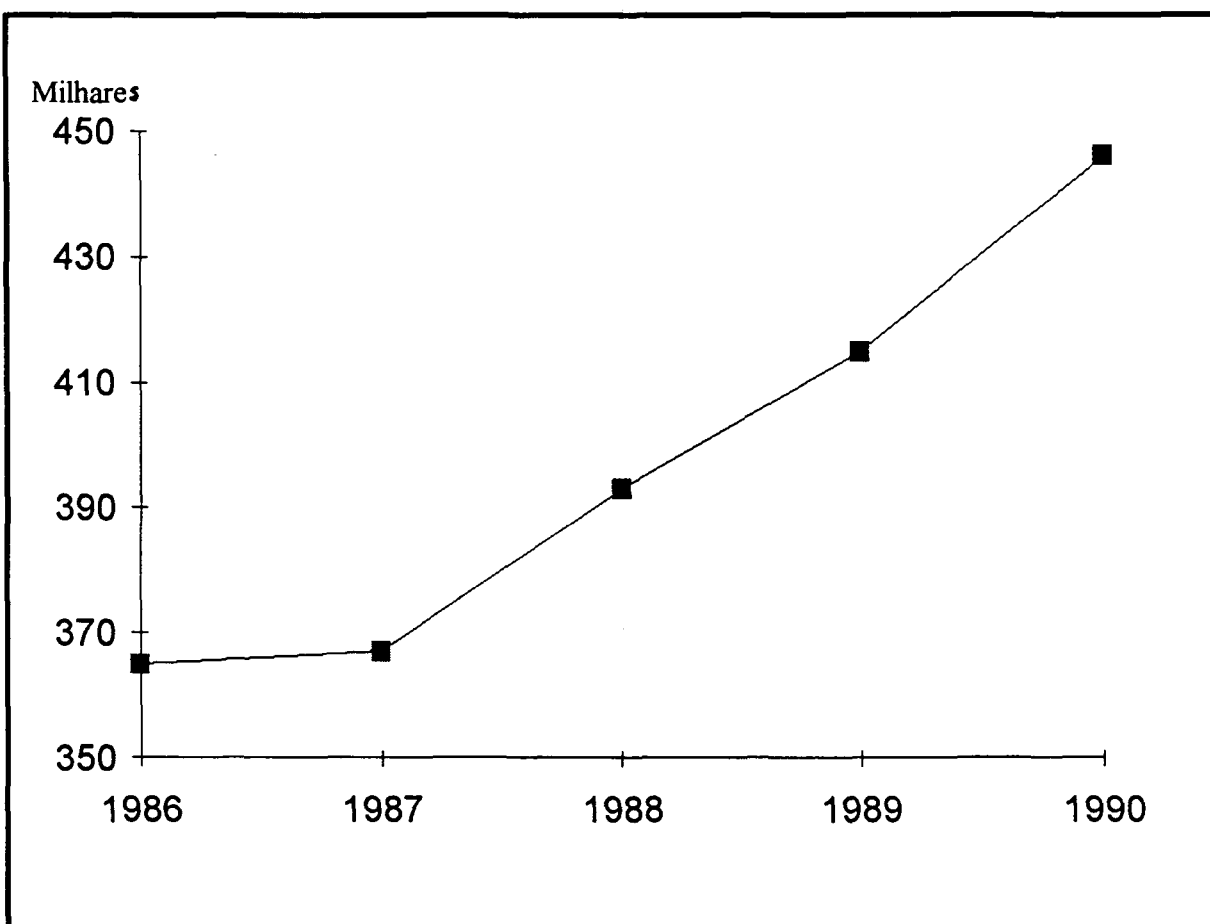
Finalmente, a priorização aos **serviços de alta complexidade** foi uma decisão estratégica coerente com a própria natureza do Hospital de Clínicas, topo da pirâmide da rede estadual de saúde e comprometido, a nível nacional, com o desempenho dos serviços terciários e quaternários de alta complexidade.

Nesta linha, a direção do Hospital empenhou-se no estabelecimento do Serviço de Transplante de Medula Óssea e, em parceria com o Ministério da Educação, viabilizou uma das mais modernas unidades de transplante do mundo, no 15º pavimento do prédio central, com projetos e edificação totalmente executados por empresas paranaenses. Por mais evidente que seja, deve ser registrado que o primeiro e fundamental elemento à viabilização dos Serviço de Transplante de Medula Óssea não foi a decisão política ou o esforço administrativo empreendido na construção da sua unidade mas sim a competência e a dedicação profissional dos professores responsáveis pela criação deste serviço, pioneiro e exemplar em toda a América Latina. Apoiar os talentos da instituição e dar-lhes condições de desempenho foi o que fez, também aqui, a administração hospitalar.

Nesta mesma linha procurou a administração apoiar e investir nos talentos que manifestavam-se em outras áreas de alta complexidade tais como a terapia intensiva pediátrica, as doenças neuromusculares, os transplantes renais, a cirurgia cardíaca, a neurocirurgia e a hepatologia, que se preparavam para um grande salto de qualidade.

Tais apoios e investimentos significaram desde a completa construção de uma unidade, como foi o caso do transplante de medula óssea, até à simples aquisição de novos equipamentos, como foi o caso do microscópio cirúrgico para a neurocirurgia, à viabilização de condições operacionais oferecidas aos transplantes renais, à facilitação para cirurgias experimentais com vistas aos transplantes hepáticos, ou o treinamento de profissionais no exterior, como no caso da hepatologia.

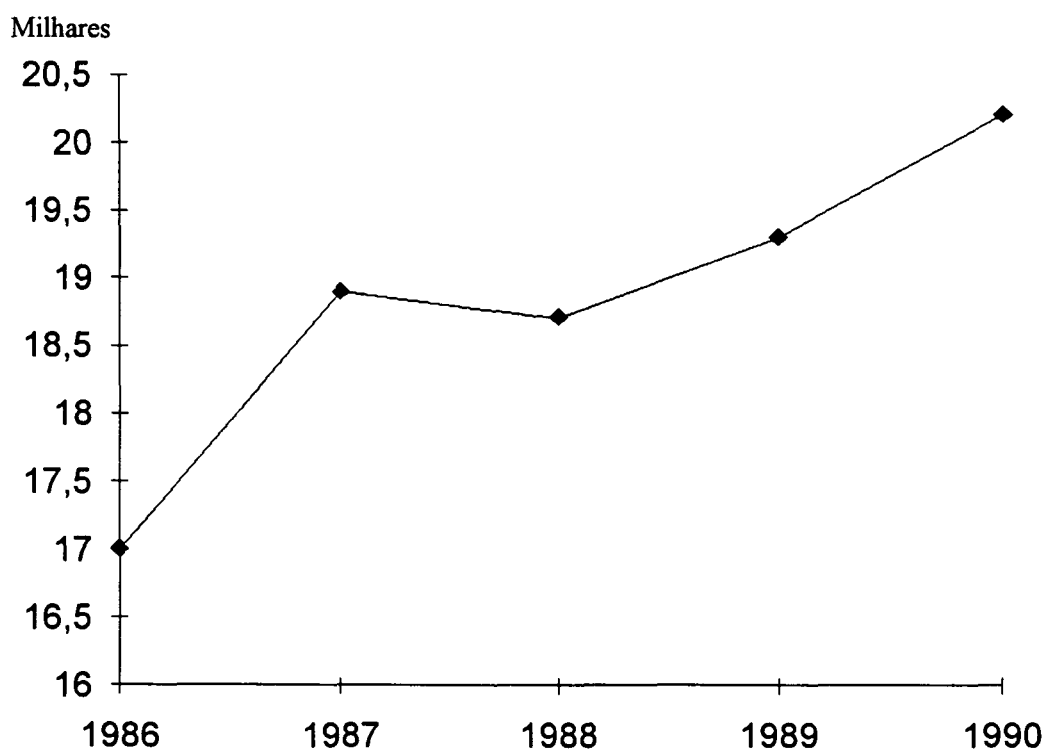
O investimento nos chamados procedimentos *de ponta*, ou de alta complexidade, não apenas produziu as respostas esperadas (Quadros 22 e 23) como capacitou o Hospital de Clínicas a novos e mais arrojados procedimentos assistenciais, reposicionando-o nas trincheiras mais avançadas das ciências médicas.



Quadro 15A. Gráfico de Evolução do N° de Atendimento Ambulatoriais. 1986-1990

| ANO | Nº DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS |
|------|----------------------------------|
| 1986 | 365.587 |
| 1987 | 367.748 |
| 1988 | 393.543 |
| 1989 | 415.383 |
| 1990 | 446.113 |

QUADRO 15B. Tabela de Evolução do N° de Atendimento Ambulatoriais. 1986-1990

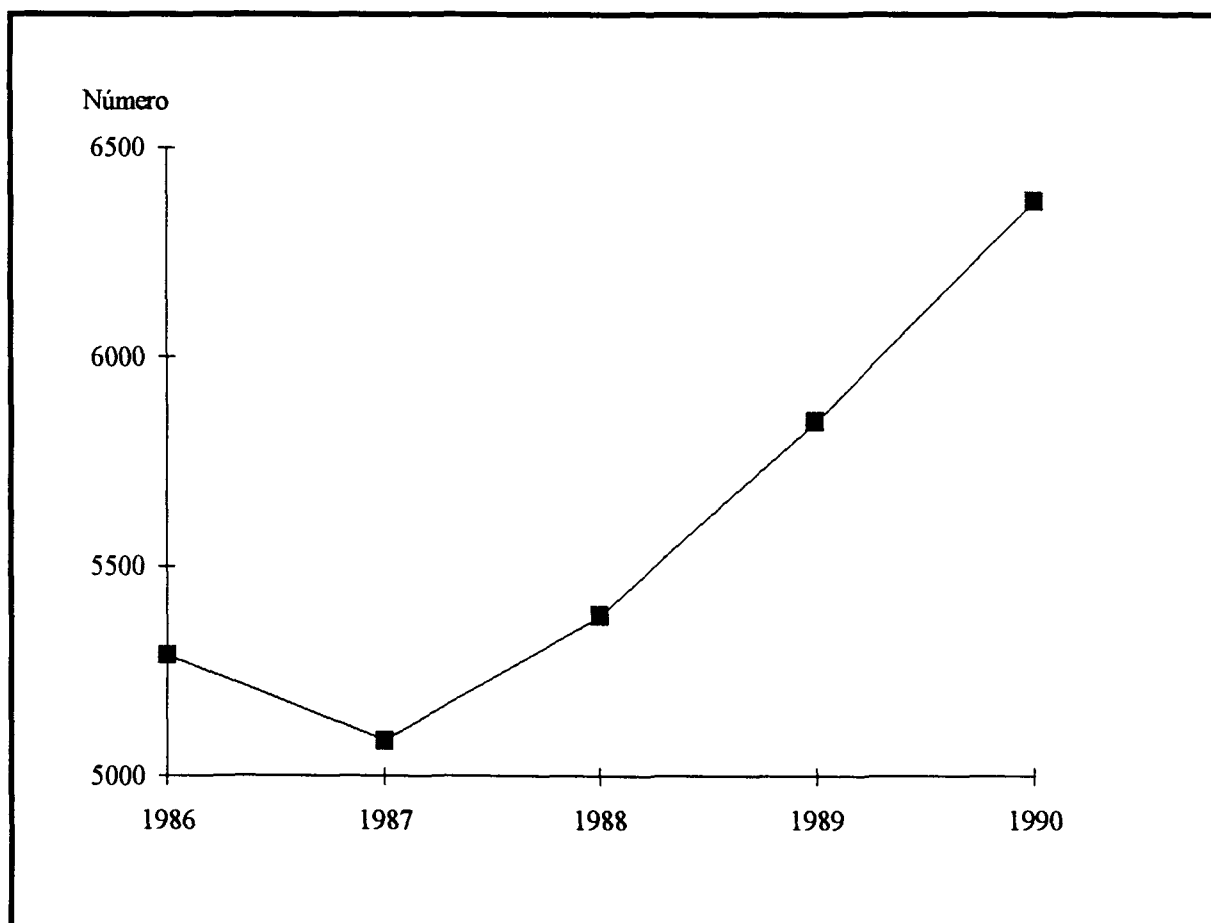


Quadro 16A. Gráfico de Evolução do N° de Internações Hospitalares. 1986-1990

| ANO | Nº DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES |
|------|--------------------------------|
| 1986 | 17.036 |
| 1987 | 18.957 |
| 1988 | 18.760 |
| 1989 | 19.345 |
| 1990 | 20.268 |

Quadro 16B. Tabela de Evolução do N° de Internações Hospitalares. 1986-1990

QUADRO 16. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES. 1986-1990

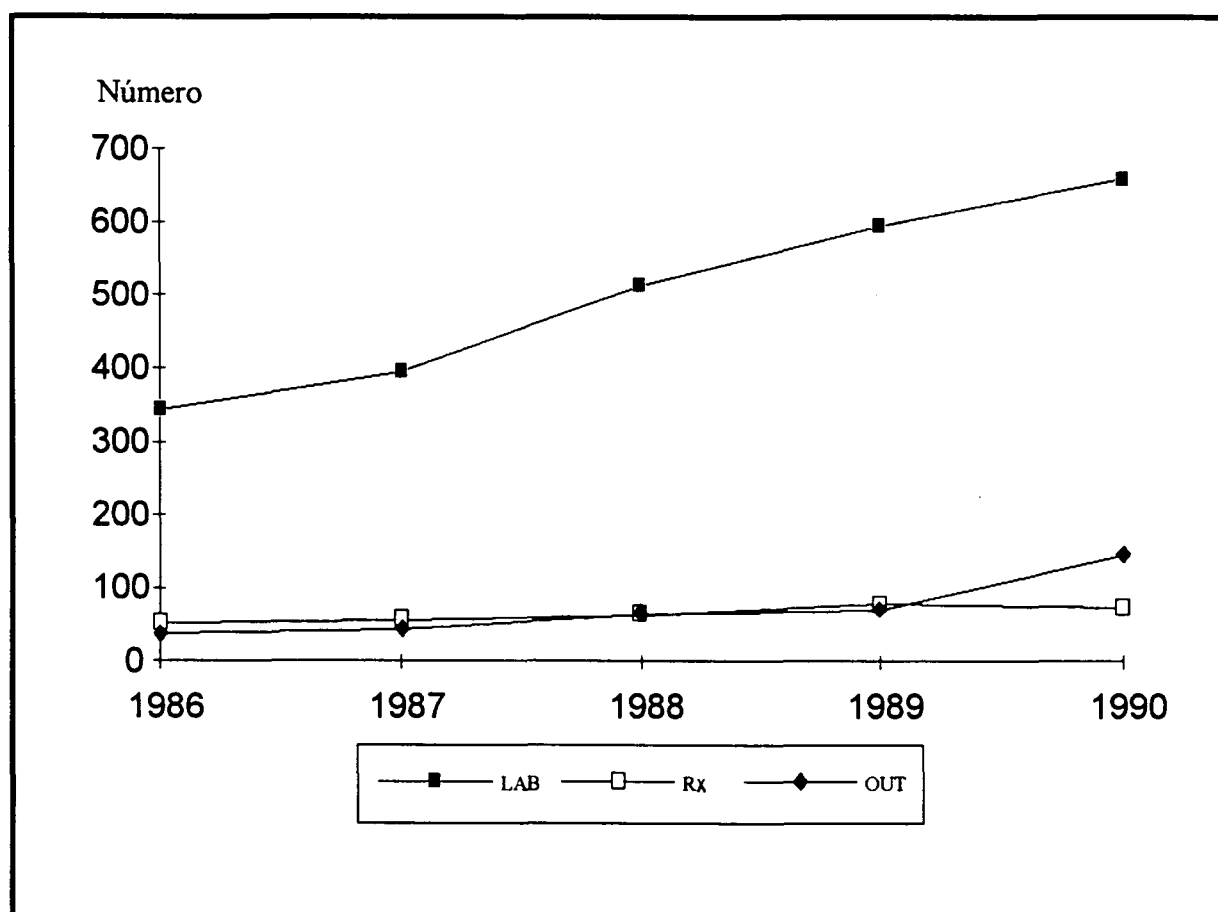


Quadro 17A. Gráfico de Evolução do N° de Operações. 1986-1990

| ANO | Nº DE OPERAÇÕES |
|------|-----------------|
| 1986 | 5.289 |
| 1987 | 5.082 |
| 1988 | 5.381 |
| 1989 | 5.846 |
| 1990 | 6.369 |

Quadro 17B. Tabela de Evolução do N° de Operações. 1986-1990

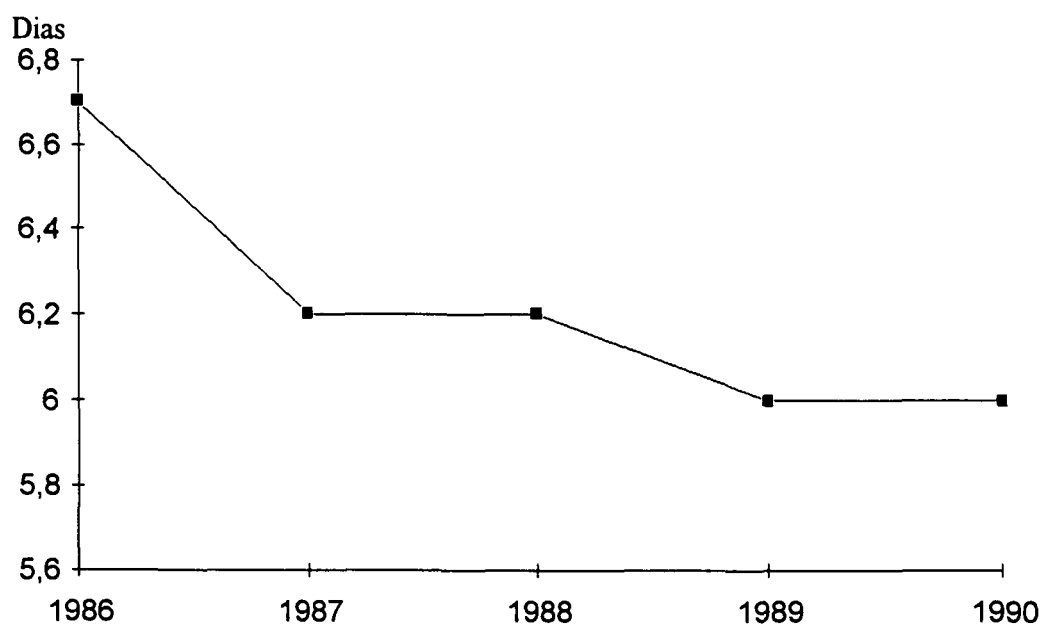
QUADRO 17. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE OPERAÇÕES. 1986-1990



Quadro 18A. Gráfico de Evolução de Exames de Laboratório, RX e Outros. 1986-1990

| ANO | Nº DE EXAMES LABORATÓRIO | Nº DE EXAMES RAIOS X | Nº DE EXAMES OUTROS |
|------|--------------------------|----------------------|---------------------|
| 1986 | 343.713 | 51.765 | 36.600 |
| 1987 | 394.095 | 55.788 | 42.780 |
| 1988 | 513.219 | 63.014 | 64.654 |
| 1989 | 595.001 | 77.716 | 69.849 |
| 1990 | 660.470 | 73.864 | 145.244 |

Quadro 18B. Tabela de Evolução do Nº de Exames de Laboratório, RX e Outros. 1986-1990

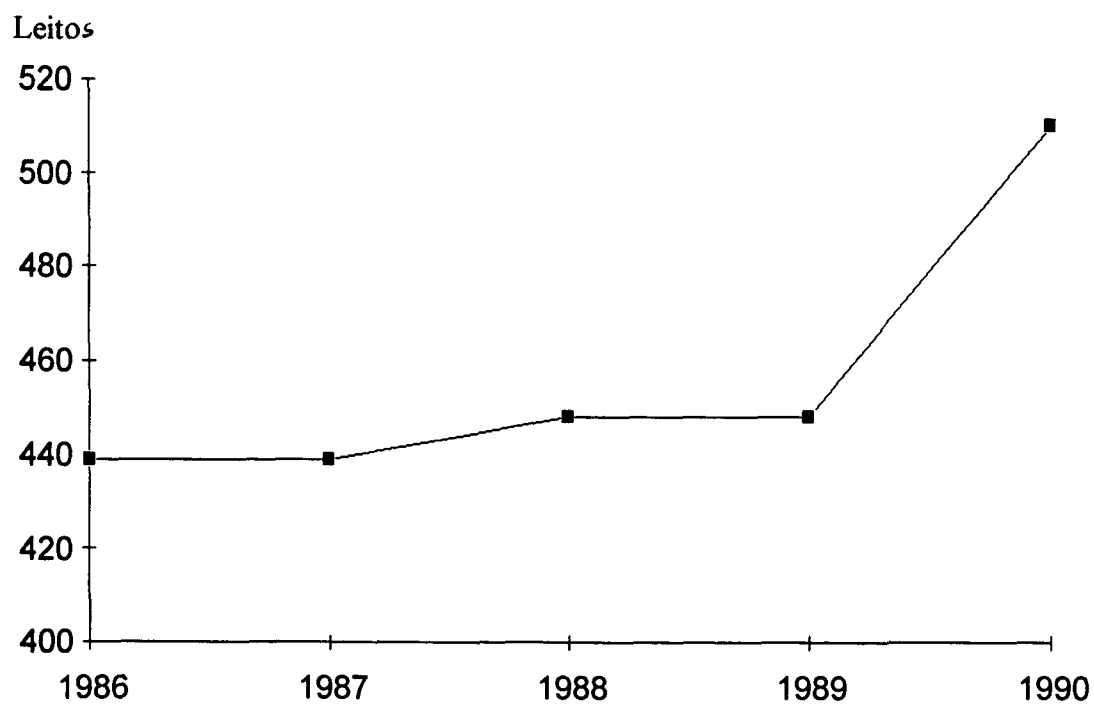


Quadro 19A. Gráfico de Evolução da Média de Permanência. 1986-1990

| ANO | MÉDIA DE PERMANÊNCIA |
|------|----------------------|
| 1986 | 6,7 |
| 1987 | 6,2 |
| 1988 | 6,2 |
| 1989 | 6,0 |
| 1990 | 6,0 |

Quadro 19B. Tabela de Evolução da Média de Permanência. 1986-1990

QUADRO 19. EVOLUÇÃO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA. 1986-1990

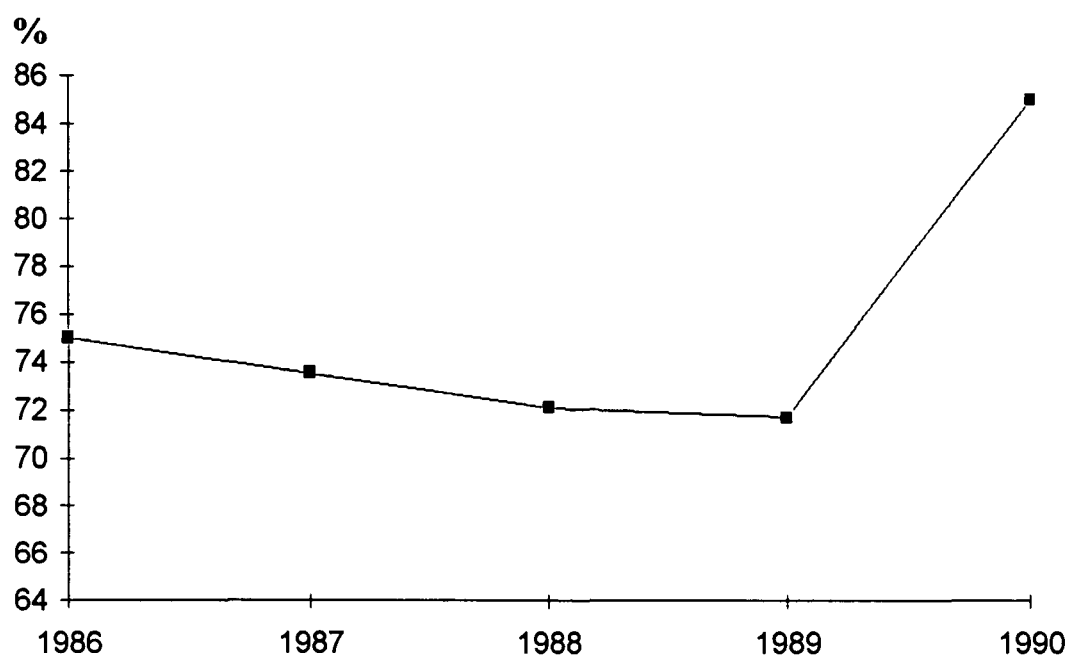


Quadro 20A. Gráfico de Evolução do N° de Leitos. 1986-1990

| ANO | NÚMERO DE LEITOS |
|------|------------------|
| 1986 | 439 |
| 1987 | 439 |
| 1988 | 448 |
| 1989 | 448 |
| 1990 | 510 |

Quadro 20B. Tabela de Evolução do N° de Leitos. 1986-1990

QUADRO 20. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS. 1986-1990

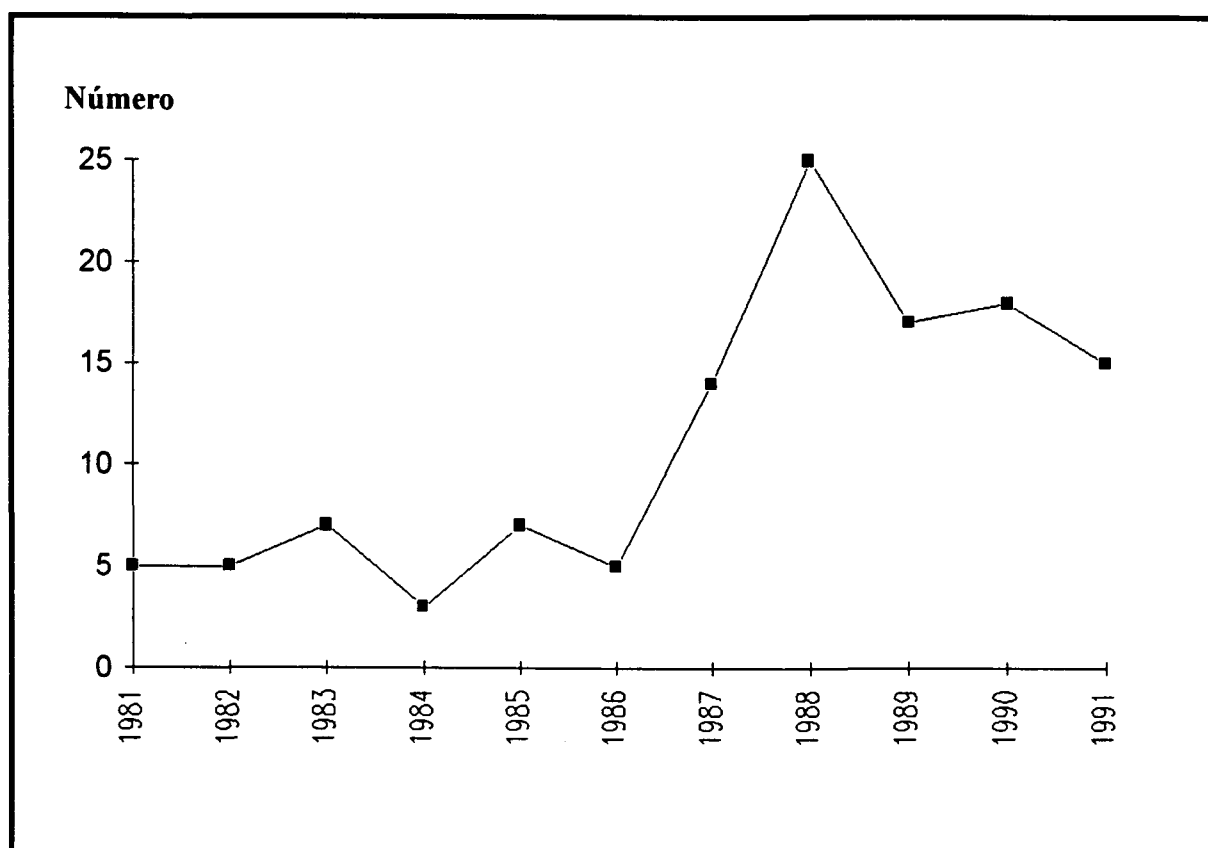


Quadro 21A. Gráfico de Evolução da Taxa de Ocupação (%). 1986-1990

| ANO | TAXA DE OCUPAÇÃO % |
|------|-----------------------|
| 1986 | 75,10 |
| 1987 | 73,50 |
| 1988 | 72,10 |
| 1989 | 71,70 |
| 1990 | 85,00 |

Quadro 21B. Tabela de Evolução da Taxa de Ocupação. 1986-1990

QUADRO 21. EVOLUÇÃO DA TAXA DE OCUPAÇÃO. 1986-1990



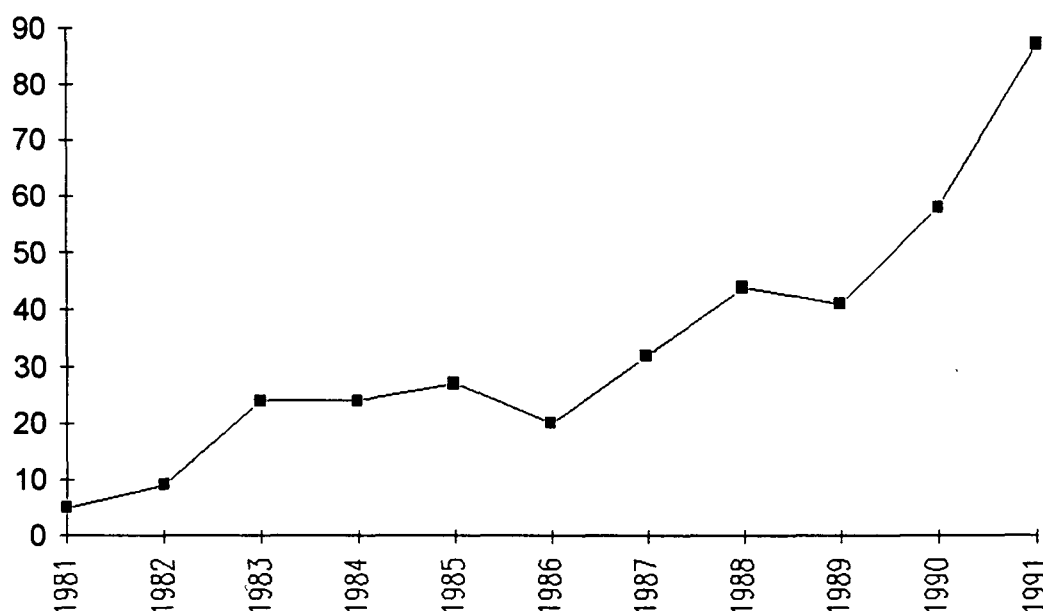
Quadro 22A. Gráfico de Evolução de Transplantes Renais. 1986-1990

| ANO | Nº DE TRANSPLANTES RENAIIS |
|------|----------------------------|
| 1981 | 5 |
| 1982 | 5 |
| 1983 | 7 |
| 1984 | 3 |
| 1985 | 7 |
| 1986 | 5 |
| 1987 | 14 |
| 1988 | 25 |
| 1989 | 17 |
| 1990 | 18 |
| 1991 | 15 |

Quadro 22B. Tabela de Evolução do Nº de Transplantes Renais. 1981-1991

QUADRO 22. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE TRANSPLANTES RENAIIS. 1981-1991

Número



Quadro 23A. Gráfico de Evolução do N° de Transplantes de Medula Óssea. 1981-1991

| ANO | Nº DE TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA |
|------|------------------------------------|
| 1981 | 5 |
| 1982 | 9 |
| 1983 | 24 |
| 1984 | 24 |
| 1985 | 27 |
| 1986 | 20 |
| 1987 | 32 |
| 1988 | 44 |
| 1989 | 41 |
| 1990 | 58 |
| 1991 | 87 |

Quadro 23B. Tabela de Evolução do N° de Transplantes de Médula Óssea. 1981-1991

Apoio ao Desenvolvimento do Ensino

Como hospital universitário que é, o Hospital de Clínicas deve ser, todo ele, ambiente de ensino-aprendizado.

Como instituição de ensino que é, o Hospital de Clínicas acolhe os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Mediante convênios acolhe alunos de graduação de outros Setores da UFPR e de outras instituições de ensino superior. Desenvolve ensino a nível técnico para profissões da área da saúde e mantém programas de educação permanente para seus profissionais de apoio, de nível técnico e superior.

Consciente de que o *ensino* é um de seus objetivos finalísticos, o Hospital de Clínicas procurou oferecer as melhores e mais adequadas condições ao seu desenvolvimento em todas as suas áreas e serviços durante a gestão 1986-1990.

Embora o planejamento, desenvolvimento e avaliação dos programas pedagógicos a nível de graduação e pós-graduação sejam atribuições e responsabilidades específicas dos departamentos de ensino (29,37) do Setor de Ciências da Saúde, compatibilizá-lo com as funções assistência, pesquisa, administração, e prover-lhe o necessário suporte para a educação em serviços são atribuições e responsabilidades específicas da administração hospitalar.

Assim, visando criar as condições favoráveis ao desenvolvimento do ensino de graduação e pós-graduação pelos departamentos do Setor de Ciências da Saúde, a administração hospitalar empenhou-se nas seguintes linhas de trabalho:

- participação dos departamentos de ensino e da direção do Setor de Ciências da Saúde no superior Conselho de Administração do Hospital;
 - provimento, a todos os serviços hospitalares, de todos os elementos necessários ao seu pleno e adequado funcionamento, pois não se pratica um bom ensino-aprendizado sobre uma prática assistencial de má qualidade;
 - atualização tecnológica da Medicina praticada no Hospital, buscando fornecer ao aparelho formador a oportunidade de praticar e ensinar com base na máxima atualização científica possível;
 - criação de um ambiente sadio, favorável ao ensino da Medicina plena, não apenas organicista e tecnológica mas também humanística e ética, que se ensina pelo exemplo e pelo meio que é a mensagem;
 - planejamento articulado, harmonizador, entre a administração hospitalar e as chefias dos departamentos de ensino a nível do Conselho de Administração e da Direção do Corpo Clínico;
 - oportunidade de acesso programado a todas as seções e serviços do Hospital, aí incluídos *todos* os ambulatorios, unidades de internação e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento;
 - alocação de parcela das receitas próprias aos departamentos de ensino para investimento, a critério destes, no fomento das atividades de ensino-aprendizado tais como: confecção de diapositivos, reprografia, aquisição de livros e equipamentos, participação de docentes e discentes em congressos científicos;
-

-
- auxílio financeiro suplementar à Biblioteca do Setor de Ciências da Saúde para aquisição de livros e revistas científicas;
 - fornecimento e manutenção de instalações, em condições adequadas, às chefias dos departamentos de ensino, anfiteatros e salas de aula;
 - fornecimento de alojamento, alimentação e uniformes aos médicos residentes, bem como de alojamento e alimentação aos acadêmicos e professores em plantão;
 - apoio logístico e financeiro aos programas de ensino extra-muros desenvolvidos pelo Setor de Ciências da Saúde;
 - acompanhamento da integração docente-assistencial e discente-assistencial através da Direção do Corpo Clínico e suas Comissões: Comissão de Ética, Comissão de Residência Médica e Comissão Científica;
 - disponibilização do acervo da documentação científica e da informática hospitalar ao ensino.

Atuando em todas estas linhas, a administração hospitalar apoiou o ensino de graduação em Medicina, Enfermagem e Nutrição, cursos inseridos de forma plena nas dinâmicas do Hospital de Clínicas, com um contingente de aproximadamente mil alunos por ano. Propiciou, ademais, campo para estágio ao curso de Farmácia e Bioquímica do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, ao curso de Fisioterapia da Faculdade Tuiuti (até 1988), ao curso de Administração Hospitalar da Fundação de Estudos Sociais do Paraná e ao curso de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Curitiba.

A nível da pós-graduação, o Hospital de Clínicas desenvolveu programas de Residência Médica em cerca de quarenta diferentes especialidades. Com programas de dois a quatro anos, acolhe cerca de duzentos médicos residentes por ano, originários da própria UFPR e de escolas médicas de todo o país. Assim, além de contribuir com a formação de aproximadamente cento e sessenta médicos, cinquenta enfermeiros e vinte nutricionistas por ano e outros profissionais de nível superior, o Hospital de Clínicas participa na especialização de quase oitenta médicos residentes a cada ano. Contribue, ademais, com a formação de especialistas através dos cursos de especialização em Cardiologia, Reumatologia e Anestesiologia e na formação de Mestres e Doutores através dos seguintes programas de pós-graduação *strictu sensu*: Mestrado de Pediatria, Mestrado de Cirurgia, Mestrado em Medicina Interna e Doutorado em Clínica Cirúrgica, que reúnem mais de uma centena de pós-graduandos.

Durante a administração 1986-1990, além do apoio aos cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal do Paraná e do oferecimento de estágios mediante convênios a outras instituições de ensino superior, o Hospital de Clínicas passou a desenvolver cursos e estágios para a formação de técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico de eletrencefalografia, técnico de farmácia e técnicas hemoterápicas.

Durante esta administração, três serviços técnicos do Hospital de Clínicas foram eleitos, por seus padrões de desempenho, como centros formadores de recursos humanos de referência nacional: a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, o Banco de Leite Humano e a Seção de Farmácia Hospitalar. Merece destacar o desempenho, durante esta gestão, da Comissão de Educação Permanente da Enfermagem, que ministrou ininterruptamente cursos e treinamentos à

qualificação dos profissionais desta área, bem como o trabalho da Seção de Desenvolvimento de Recursos Humanos que com os seus cursos e treinamentos voltados a todas as áreas e linhas profissionais construiu, na prática, o propósito de fazer do Hospital, como um todo, uma grande escola.

Ficou, finalmente, o propósito de fazer instalar no Hospital de Clínicas um curso de Administração Hospitalar da própria UFPR, bem como de implantar, no Hospital, uma Escola Técnica para profissionais da saúde. Com tal intenção foram estabelecidos contatos iniciais com o Departamento de Administração da UFPR, com a Faculdade de Administração Hospitalar da *Ohio State University* (em *Columbus*) e com o *Cuyahoga Community College* (em *Cleveland*). Ficou, como semente, para germinar mais adiante.

Apoio ao Desenvolvimento da Pesquisa

Como já vimos, conceituamos pesquisa como a investigação científica dos cursos de graduação e pós-graduação; a introdução, teste, rejeição ou covalidação de novas tecnologias de diagnóstico, tratamento e métodos de trabalho; e, ainda, o controle e avaliação sistemático dos indicadores de desempenho de cada serviço, com vistas ao melhoramento permanente de sua produtividade e qualidade. Assim, a administração do Hospital de Clínicas procurou apoiar a pesquisa em todas estas linhas.

Em apoio às pesquisas dos programas de graduação e pós-graduação, buscou-se promover:

- adequadas condições de funcionamento a todos os serviços assistenciais;
- sistematização e normatização, conjuntamente com os departamentos de ensino, à análise dos projetos e planejamento das pesquisas através da Comissão de Ética e da Comissão Científica do Corpo Clínico;
- restauração priorizada dos serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, merecendo apontar-se a completa reforma da rede elétrica do Laboratório de Análises Clínicas que comprometera várias pesquisas pela perda de grandes conjuntos de espécimes por queda de energia elétrica;
- modernização, reforma e reinstalação do Serviço de Documentação Científica, revitalização das secretarias das unidades de internação (para melhor controle dos prontuários) e resgate dos arquivos setoriais e particulares com reunião de todos os prontuários no arquivo geral da documentação científica;
- revisão, reordenamento e adequação do arquivo de documentação radiográfica;
- inclusão de módulos para pesquisa no plano diretor de Informática;
- apoio financeiro à Biblioteca do Setor de Ciências da Saúde para manutenção das assinaturas de publicações científicas;
- apoio financeiro à participação de pesquisadores em congressos e eventos científicos para apresentação de trabalhos.

Na mesma linha foram apoiadas as pesquisas voltadas ao desenvolvimento científico e tecnológico da assistência à saúde representadas pelos programas de ponta ou de alta complexidade já mencionados neste trabalho, no tópico *Desenvolvimento dos Serviços Assistenciais*, dentre os quais destacam-se os seguintes programas institucionais: Programa de Transplante de Medula Óssea, Programa de Terapia Intensiva em Pediatria, Programa de Doenças Neuro-Musculares, Programa de Transplante Renal, Programa de Imunohistocompatibilidade, Programa de Hemoterapia, Programa de Imagenologia, Programa de Hepatologia. Todos estes programas tem importante componente de investigação e pesquisa e tiveram especial apoio da administração hospitalar pois visam desenvolver e testar métodos e técnicas, promovem desenvolvimento científico e incorporação tecnológica.

Finalmente, a administração hospitalar fomentou a pesquisa na forma de controle e avaliação do desempenho dos serviços clínicos e administrativos com vistas ao melhoramento da qualidade/ produtividade em todas as áreas, uma política que procurou contaminar, de forma sadia, todas as seções e serviços do hospital, merecendo destaque a implantação da chamada Auditoria de

Enfermagem, a ação da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar e inúmeras outras estratégias de pesquisa operacional que resultaram em novos e melhores métodos e técnicas de trabalho.

A contribuição mais importante da administração 1986-1990 à pesquisa talvez tenha sido, justamente, tentar desmistificá-la como algo distante, complexo e cibernético e trazê-la à prática diária de todas as áreas, não só com busca de respostas, mas, também, e principalmente, como busca de qualidade dos serviços.

5.4 O Processo de Clareamento e Consolidação do Novo Paradigma

As crenças, valores e técnicas que a comunidade propunha como embasamento à Administração do Hospital de Clínicas durante a gestão 1986-1990 tornaram-se cada vez mais nítidas ao longo do tempo. À medida em que, na prática, sua efetividade se evidenciava, ganhavam concretude e novos significados.

As palavras de ordem que sintetizavam, antes do início da gestão, o sentido das novas propostas eram: integração, participação, distensão, visão grande, humanização, autonomia, compromissos sociais, parcerias, excelência, autosuficiência, planejamento, modernização administrativa, promoção humana. Eram, sem dúvida, velhos anseios e técnicas consagradas clamando por uma nova ordem, por uma oportunidade de expressão.

Em termos mais organizados, acabaram sintetizadas como: gestão agregadora das várias naturezas do Hospital, valorização dos seus papéis sociais, gestão com participação da comunidade, abertura a parcerias institucionais, administração humanizada, performance com excelência, modernização administrativa, planejamento estratégico e autosustentação financeira. Assim organizados, os novos pressupostos passaram a representar, como vimos, os próprios planos estratégicos iniciais da administração e produziram suas políticas de desenvolvimento, as quais seriam implementadas através de programas e projetos específicos.

O sucesso expresso na transformação produzida no Hospital, consolidou essas crenças, valores e técnicas que guiaram e suportaram os trabalhos desde seu início e covalidaram-se em seu próprio uso. Com o tempo, e ao final da gestão, os pressupostos organizaram-se em oito linhas principais, clareando-se os seus significados:

- Visão holística;
- O Hospital um ser vivo, de pessoas;
- Compromissos sociais, seu sentido maior;
- Qualidade, também para os usuários;
- Autodeterminação pela auto-sustentação;
- Planejamento estratégico, caminho de desenvolvimento sustentado;
- Desenvolvimento organizacional permanente, base de progresso;
- Administração participativa responsável, essência do desenvolvimento equilibrado.

A nomenclatura em si, aqui utilizada, não tem maior relevância. Ela serve apenas para sistematizar ou organizar as idéias e ideais. Essenciais são seus significados que procuramos traduzir, a seguir.

Visão Holística

Holística é uma forma de ver o mundo, a vida, o homem em seu todo. É uma óptica de integração de tudo que é visível e invisível. A Holística contrapõe-se a e complementa a visão cartesiana que, para compreender, separa, divide, departamentaliza, secciona, setoriza, especializa. O método cartesiano de decomposição é útil para examinar, apreender e informar, mas é totalmente inadequado para compreender o mundo, para viver, para administrar uma instituição.

O universo é uno. Unas são as instituições. Unas são as pessoas. Unas e integradas: seres bio-psico-sociais e espirituais; como as instituições e o universo. E assim é que devem ser vistas, percebidas, trabalhadas, tratadas e vividas.

A prática cartesiana, por separar, tende a adotar o raciocínio excludente (isto ou aquilo). Suscita segregação, corporativismo, competição, confronto e conflito quando aplicada à gestão das organizações. Suscitava isto no Hospital de Clínicas quando era aplicada à questão maior: “O que é o Hospital de Clínicas?”. - Imediatamente partidariavam-se as respostas: “É escola!”, “Não, é laboratório!”, “Não, é hospital!”, “Não, é fábrica de serviço, é empresa”, “Não, é compromisso social!”, “Não, é mercado de trabalho!”, “Não!...”. Cada qual via o seu Hospital, a seu modo. Faltava perceber que o Hospital de Clínicas é tudo isto e muito mais.

Apenas a visão holística, a visão de tudo e do todo, seria capaz de produzir o entendimento completo deste ser complexo que é o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Apenas a prática holística, integradora, seria capaz de produzir a compatibilização do que era aparentemente (mas não realmente) contraditório, e agregar, sinergicamente, toda a comunidade hospitalar no desenvolvimento do hospital. Apenas a holística poderia substituir o raciocínio excludente (isto ou aquilo) pelo raciocínio aditivo (isto e aquilo), respeitando, acolhendo e oportunizando as divergências e os diferentes; compreendendo e compatibilizando anseios conflitantes; substituindo o confronto pela negociação; harmonizando diferentes e legítimas visões do Hospital; evoluindo da competição para a cooperação entre as partes.

Sob a óptica holística, o hospital é hospedagem, é templo, é local de ciência médica, é instrumento de alavanca e justiça social. Ele é escola, é laboratório, é hospital, é mercado de trabalho, é empresa, é um conglomerado de serviços como elementos de uma gigantesca organização de produção de bens, serviços e promoção humana. Insondáveis são todas as suas essências, todas as suas relações e interdependências temporais e espaciais.

Sob a óptica holística, o Hospital de Clínicas é educação, é saúde, é bem estar social, é trabalho, é justiça, é economia, é um espaço de reverberação da sociedade. Ele é promoção, recuperação e reabilitação da saúde. É medicina, é enfermagem, é psicologia, odontologia, nutrição, serviço social... É antibiótico, bisturi, sala de parto e UTI. É lavanderia e tomografia; sala de autópsia e neonatologia. É cirurgia cardíaca e estresse no pé. É câncer e intoxicação por agrotóxico. É transplante de medula óssea e dor de dente. O Hospital é corpo, é mente; é alma, é energia vital, é gente. É partícipe e é parte de uma história e de um ecossistema universal.

Uma porta sempre aberta deve ser mantida em nosso entendimento do hospital para a agregação, a qualquer momento, de novas percepções de sua natureza e existência.

O Hospital um Ser Vivo, de Pessoas

O hospital é um corpo físico, representado por seus prédios, equipamentos e insumos materiais. Ele é, também, uma organização: um conjunto de sistemas operacionais disciplinados e estruturados por procedimentos, regras e regulamentos. Mas isto não é tudo. E tudo isto, apenas, faria do hospital um monumento estático, inerte. O hospital é, em essência, um ser dinâmico, um ser vivo. E o que dá vida ao hospital, e representa sua energia de transformação, são pessoas. O Hospital de Clínicas é um ser vivo de pessoas.

De um lado há uma equipe multidisciplinar desenvolvendo suas artes e suas ciências: são professores, médicos generalistas e especialistas de todos os ramos da Medicina, médicos residentes, enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, assistentes sociais, farmacêuticos, bioquímicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais; são administradores, economistas, sociólogos, pedagogos, engenheiros, arquitetos, eletro-técnicos, mecânicos, técnicos de higiene hospitalar e zeladoria, seguranças, motoristas, técnicos de lavanderia, técnicos de farmácia, de laboratório, e raios X; técnicos de cozinha hospitalar, agentes administrativos, secretários, eletricitas, encanadores, jardineiros, analistas de sistemas, programadores e digitadores; enfim, cerca de dois mil e quinhentos profissionais de variadas funções. Todos trabalhando de forma articulada e interdependente. Todos essenciais ao desempenho das funções hospitalares e ao resgate de seus compromissos sociais.

De outro lado, há uma clientela de usuários constituída por cidadãos brasileiros que buscam o Hospital para tratar de sua saúde; estudantes e médicos residentes que procuram ensino, aprendizado e titulação; professores, profissionais e pesquisadores que utilizam o Hospital para ensinar, estudar, investigar, pesquisar, covalidar ou rejeitar novas tecnologias. São também usuários os trabalhadores, que têm no Hospital oportunidade de emprego, salário, prática e desenvolvimento profissional e pessoal. São usuários um contingente enorme e imponderável de pessoas que atuam em organismos governamentais, não-governamentais e empresariais que têm, com o Hospital, relações orgânicas, convenientes e contratuais. É usuária a vizinhança, próxima e distante, que interage com o Hospital como parte constitutiva de um mesmo ecossistema, e sofre (ou não) seu potencial de poluição, contaminação e interferência de várias ordens. São usuários os familiares de todos os que se relacionam com o Hospital, especialmente os familiares dos doentes, dos estudantes e dos funcionários. Enfim, toda a comunidade de Curitiba, do Paraná e de além-Paraná deve ser entendida como usuária ou usuária potencial do Hospital, tal o alcance de sua presença e de sua atuação.

Assim, o Hospital de Clínicas, em sua essência viva, é uma organização multiprofissional de pessoas interagindo, produzindo e consumindo bens e serviços, num papel interativo que Alvin Toffler denomina, em seu livro *A Terceira Onda* (36), de *prossumidor*, onde os produtores

(prestadores) de serviços e os consumidores (usuários) se confundem numa troca rápida (ou acúmulo) de papéis: o professor ensina, o aluno estuda, o técnico atende, o doente é tratado; o professor estuda, o técnico aprende, o aluno atende, o doente ensina; ou, o professor atende, o aluno ensina, o técnico estuda, o doente aprende; ou, o professor pesquisa, o aluno pesquisa, o técnico pesquisa, o doente pesquisa; e assim sucessivamente.

Por isto mesmo, mais ainda do que em qualquer outra instituição, o trabalho no Hospital de Clínicas não pode ser tido como um processo meramente mecânico, executado apenas para produzir utilidades. Como ensina o budismo, o trabalho tem que ser entendido com três objetivos indissociáveis: desenvolver conhecimentos e habilidades em quem o executa; tirar o indivíduo do egocentrismo e trazê-lo ao convívio com os outros; e, também, produzir bens e serviços. O trabalho deve, pois, propiciar crescimento e promoção humana, deve dar prazer e ser feito com amor, pois, como dizia Gibran, em *O Profeta* "... todo impulso é cego, exceto quando há saber. E todo saber é vão, exceto quando há trabalho. E todo trabalho é vazio, exceto quando há amor... O trabalho é o amor feito visível. E se não podeis trabalhar com amor, mas somente com desgosto, melhor seria que abandonásseis vosso trabalho e vos sentásseis à porta do templo a solicitar esmolas daqueles que trabalham com alegria" (18).

Visto por sua face humana, o Hospital é uma casa, ou uma pequena cidade; um espaço de encontro, de trocas, de trabalho; um lugar de morrer, de viver, de sofrimento e de alegria; um ambiente de convivência, de lazer e moradia. Como organização, é uma orquestra sinfônica de diversos sons e instrumentos executando, cada um na sua, uma mesma melodia. Como agrupamento de pessoas, é uma grande família constituída pelos vários personagens que a Análise Transacional define como *Pais*, *Adultos* e *Crianças*, intercambiando papéis (35). E é também um grande cenário da vida onde se passa o que o homem tem de mais sublime e o que há de mais triste na natureza humana.

Como ser vivente, o Hospital tem ainda uma história e um destino. Tem um passado, um presente e um futuro. Tem vocações. Tem inteligência (intelecto) e sentimento (emoções). É sujeito a juízos e valores da sociedade (ética). Tem uma identidade e uma personalidade. Tem valores e uma vida de relações. Comunica-se, tem uma auto imagem e uma imagem que projeta.

Compromissos Sociais, seu Sentido Maior

Este ser vivo e complexo, este conjunto de tudo que existe e é movimento, esta organização de pessoas, não é apenas um borbulhar de vida por si mesma. O Hospital de Clínicas existe porque tem razões de ser: são seus compromissos sociais, seus papéis como agente de promoção humana, instrumento de cidadania, equidade e justiça social.

Como hospital, universitário e público, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná é uma instituição de compromissos com a sociedade, particularmente relativos à saúde da população:

1º. Assistência à saúde - através da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, a nível primário, secundário, terciário e quaternário, com ações ambulatoriais, hospitalares e complementares, integrado no Sistema Único de Saúde e podendo, ademais, atender clientelas alternativas.

2º. Ensino das profissões da saúde - através da promoção das condições necessárias em todas as áreas e serviços, a nível técnico, graduado e pós-graduado, *lato e stricto sensu*, integrando-se e articulando-se com a Universidade Federal do Paraná e, mediante convênios, com outras instituições de ensino do país e do exterior;

3º. Pesquisa, desenvolvimento científico e tecnológico em saúde - através da promoção de condições favoráveis e fornecimento de tecnologia em todas as áreas e serviços, integrando-se e articulando-se com a Universidade Federal do Paraná e, mediante convênios, com outras instituições de pesquisa do país e do exterior.

Para suportar e promover o desenvolvimento harmônico de seus três compromissos sociais prioritários, o Hospital de Clínicas necessita dispor de uma administração competente: uma série de serviços técnicos e administrativos funcionando de maneira integrada e harmônica, ordenados de forma racional; um conjunto de instalações e equipamentos adequados; fluxos regulares de abastecimento de mais de três mil diferentes itens de consumo; recursos financeiros suficientes; uma equipe multiprofissional qualificada e em quantidade adequada; organização, sistemas e métodos disciplinados de funcionamento e uma direção que promova o desenvolvimento organizacional permanente (seu quarto compromisso fundamental) e dê suporte eficaz às atividades de assistência, ensino e pesquisa em saúde. Sem desenvolvimento organizacional não pode haver nem assistência, nem ensino, e nem pesquisa de qualidade. Assim, embora não seja finalístico, o papel da administração é igualmente fundamental em termos sociais, por ser determinante da viabilidade de seus compromissos precípuos: a assistência, o ensino e a pesquisa.

Finalmente, o HC tem um compromisso social a mais por ser referência, modelo e exemplo para as demais unidades do SUS, especialmente aquelas que lhe são mais próximas ou relacionadas. Seu padrão de desempenho, sua conduta ética, suas relações com a sociedade transcendem os limites do próprio Hospital e devem ser entendidos como um compromisso a mais e uma responsabilidade específica perante a sociedade: paradigma de qualidade.

Nesta óptica, o Hospital de Clínicas definitivamente não é apenas um patrimônio do governo mas sim um equipamento da sociedade e do povo que são, também, por ele corresponsáveis, especialmente sua própria comunidade: professores, funcionários, residentes e estudantes.

Qualidade, Também para os Usuários

Sendo um Hospital uma instituição que trata com o bem mais precioso do homem: sua vida e sua saúde; sendo parte de uma Universidade, instituição comprometida com a excelência; e sendo a unidade de referência máxima do Sistema Único de Saúde do Estado, modelo para toda a rede de serviços do Paraná; o Hospital de Clínicas tem um compromisso atávico com a qualidade.

A qualidade deverá ser buscada e aprimorada em todas as áreas, todos os setores, todas as práticas do hospital. Desde a limpeza do chão até à maneira como os serviços de segurança impedem o acesso de alguém na portaria do hospital, desde o fracionamento de quimioterápicos anti-neoplásicos até o preparo do lanche no refeitório, desde a maneira de remover um lençol do leito hospitalar sem rasgá-lo até ao cuidado com uma via venosa na Unidade de Terapia Intensiva, tudo deve ser aplicativo da qualidade.

Ademais, qualidade deve se entendida como uma propriedade não só do produto mas, também, de sua interação com o usuário. (28)

Os referenciais de qualidade não são apenas fazer as coisas certas, fazer certo as coisas e obter os resultados desejados, mas também, e muito especialmente, produzir satisfação nos usuários.

A qualidade é aferível e deve ser controlada. Assim, cada área, cada setor, cada unidade do hospital tem de desenvolver suas técnicas e indicadores de controle de qualidade, sendo sempre um dos dados a satisfação do usuário.

Devem-se entender como usuários todos os que, de qualquer forma, utilizam ou consomem serviço ou produto do hospital. São eles, portanto, os clientes, seus parentes, os estudantes, os médicos residentes, os funcionários, seus dependentes, os professores, os pesquisadores, os fornecedores, as instituições com quem o hospital mantém convênio, a vizinhança e a própria administração do hospital, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade. Pesquisas de opinião devem ser estimuladas para aferir satisfação dos usuários como um dos parâmetros da qualidade de desempenho do hospital.

As funções de desenvolvimento, controle e aperfeiçoamento da Qualidade devem ser inerentes à atuação de cada serviço, de cada profissional, de cada membro da organização hospitalar, devendo ser valorizadas a criatividade e as iniciativas inovadoras favoráveis ao melhor desempenho do Hospital. Além disso, controles de Qualidade específicos devem ser uma das funções mais importantes da Direção do Corpo Clínico, a serem desenvolvidos através de suas Comissões: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Padronização de Medicamentos, Comissão Científica, Comissão de Ética e Comissão de Residência Médica.

Programas de treinamento e desenvolvimento continuado dos recursos humanos e de aperfeiçoamento permanente da organização, seus sistemas e métodos de trabalho, devem ser vistos como estratégias de qualidade e merecer ininterrupto investimento.

Autodeterminação pela Auto-sustentação

A autodeterminação deve ser tida pelo hospital como um valor maior; a auto-sustentação, sua principal estratégia viabilizadora. Não há autodeterminação com dependência econômica.

Por vinte e cinco anos o Hospital foi como um balão meteorológico: chumbado ao solo e oscilando aos ventos. Deve ser um pássaro que traça seu próprio rumo e voa com as próprias asas, apoiadas sobre o vento.

São de três naturezas as amarras que cerceiam o Hospital.

A primeira amarra é a dependência financeira. Há, aqui, a associação de dois fatores perversos, de campos historicamente opostos, que se alinham de forma sinérgica em prejuízo da autonomia: por um lado, a centralização das verbas ministeriais e sua distribuição sob critérios aleatórios; por outro, o proselitismo ignaro dos que, entendendo a produção de receitas próprias como atentado ideológico, avocam a assombração da descaracterização da universidade pública e gratuita e exorcisam tal proposta, rotulando-a de empresariamento da universidade e apregoando riscos imaginários de prejuízo à sua natureza e às funções de ensino e pesquisa.

A segunda amarra é representada por um emaranhado de dispositivos jurídicos que transformam em pó, na prática, a necessária e desejada autonomia universitária consignada no Artigo 207 da Constituição. Na prática, o Hospital, como a Universidade, é um ente jurídico sem qualquer autonomia. Sem autonomia sequer para fazer um concurso público e repor os quadros esvaziados pelos que se aposentam. Sem autonomia sequer para comprar medicamentos com verbas poupadas da conta de luz, pela racionalização do uso da energia. Sem autonomia sequer para importar um equipamento moderno, mesmo tendo dinheiro para tanto, se não houver cota de moeda forte prevista no orçamento da Universidade.

A terceira amarra são os próprios medos, a própria perplexidade, a falta de descortínio e o comodismo, que fazem preferível ter alguém a quem responsabilizar do que ousar criar os próprios meios e construir o próprio destino.

Romper as amarras que tolhem as liberdades do Hospital, sua autonomia e sua autodeterminação e o condenam a uma existência passiva perante a História é, deste modo, um princípio norteador da ação que deve ser assumido sem medo e sem preconceitos.

Assim, a auto-sustentação financeira através de serviços produzidos deve ser buscada como caminho de autonomia, sem descaracterizar o HC como hospital universitário e público.

Outros movimentos fundamentais em direção à autodeterminação que devem merecer empenho são:

- adotar a administração estratégica e o desenvolvimento organizacional permanente como instrumentos adicionais e essenciais de autodeterminação;

- buscar mecanismos de flexibilização administrativa via Fundação da UFPR ou pela criação de uma fundação do próprio Hospital;

- buscar, junto ao Executivo e ao Congresso, a definição de uma identidade jurídica própria, subordinada à Universidade porém mais flexível e adequada aos complexos objetivos do Hospital, através de lei;

- transformar o relacionamento com o MEC, da estabelecida situação de dependência para um modelo de parceria e, nesta nova e mais positiva atitude, pleitear, com maior autoridade moral, os recursos necessários ao desenvolvimento do Hospital.

Planejamento Estratégico, Caminho de Desenvolvimento Sustentado

Não basta romper as amarras que ancoram o Hospital às fatalidades dos governos e às restrições das verbas. É preciso enxergar sua posição atual, seus horizontes e o porto que se quer alcançar. É preciso examinar as rotas, aprender a usar os ventos e as correntes e evitar os rochedos. É preciso identificar os que podem ajudar em seu esforço e os que podem retardar ou fazer naufragar seus ideais. O maior adversário é o risco do próprio imobilismo. Se o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná se propõe a ser o melhor hospital possível, sua direção e sua comunidade precisam assumir o leme e administrar o próprio roteiro.

Administrar é planejar, executar e controlar, em moto-contínuo. O que se determinou foi fazer isto de forma estratégica.

Planejar é projetar o que se pretende fazer, o que se quer alcançar. Executar é fazer o que foi projetado ou o que for possível. Controlar é cotejar o que foi executado, que resultados produziu e que nova realidade se formou; e comparar os achados com o que foi proposto no plano, pelo planejamento. O controle é a base de partida para novo ciclo de planejamento-execução-controle.

A rigor, portanto, não existe administração sem planejamento ou sem controle. Na prática, entretanto, os administradores distribuem-se em três grupos, de acordo com suas maneiras próprias de planejar:

a) A primeira é o planejamento centrado no expediente: “Bem... o que tenho para fazer esta manhã?”;

b) A segunda é o planejamento centrado no orçamento: “O que posso fazer com esta verba insuficiente?”;

c) A terceira é o planejamento estratégico: “O que precisamos fazer para sair daqui, de onde estamos, e chegar lá, onde queremos, percorrendo o caminho que se interpõe?”.

O planejamento centrado no expediente é o próprio não-planejamento, para não dizer antiplanejamento. O administrador não administra, ele dá expediente e o expediente administra o administrador. A direção não dirige, mas é dirigida pela conjuntura. O resultado é a administração fatalista, que vai levando. Como o caos é a tendência natural do universo pela lei da entropia, o

destino mais provável da gestão não planejada é o caos. É por isso que se ensina em Administração que: “Alguns administradores e organizações que fazem mau planejamento (ou não o fazem), constantemente dedicam suas energias à solução de problemas que não teriam existido, ou pelo menos teriam sido muito menos sérios, com planejamento melhor e antecipado. Assim, despendem sua energia apagando pequenos incêndios, ao invés de prevenir ou de, pelo menos, prever estes incêndios”.

O planejamento centrado no orçamento é menos mau que o não-planejamento mas é, também, bastante limitado. Em termos práticos é quase fatalista. Mas já introduz alguma oportunidade de previsão e oportuniza ações preventivas de nível tático como, por exemplo, a redistribuição de recursos ou insumos entre diferentes áreas.

Já o planejamento estratégico enxerga grande, vê mais claro, mais longe, interpreta melhor. Nele, todos devem ter clareza da missão e dos objetivos que se querem atingir. Deve-se identificar um campo estratégico onde se está, projetando-se diferentes cenários, carregando mais ou menos nas tintas das oportunidades e riscos, dos aliados e adversários. O planejamento estratégico, se bem feito, reduz as chances de erro e trata melhor as divergências; produz melhor posicionamento tático e escolhas mais acertadas no sentido de reduzir os malefícios das adversidades, de aumentar os benefícios das oportunidades e de encontrar soluções alternativas.

Da mesma forma que o planejamento, a execução e o controle podem ser feitos de forma aleatória: de forma mecanicista/rotineira ou de forma estratégica, por gerentes de olhos abertos, atentos à interpretação dos dados, com oportunidade de tomar providências a tempo útil.

A Administração Estratégica (conjunto de planejamento, execução e controle estratégicos) foi considerada ferramenta essencial à autodeterminação do Hospital e ao seu futuro, um modelo de gestão a ser adotado em todos os níveis gerenciais. Deve-se dispendir tempo suficiente refletindo e redefinindo a missão e os objetivos gerais e setoriais de toda a organização, suas estratégias e táticas, seus fatores de risco e oportunidades. Este tempo é um dos melhores investimentos que o Hospital pode fazer por si mesmo e seu desenvolvimento e deve ser feito de forma permanente, não a cada gestão ou a cada quinquênio.

Desenvolvimento Organizacional Permanente, Base de Progresso

O Hospital de Clínicas é uma instituição bem dotada de capacidade profissional e sub-dotada de recursos. Ele tem, portanto, a obrigação de utilizar de forma plena e maximamente competente os recursos de que dispõem. Além disso, da boa administração depende seu desempenho assistencial, do ensino e da pesquisa. Isto tudo faz com que seja absolutamente necessário um esforço consciente, competente e permanente de profissionalização da administração, com investimentos continuados em capacitação gerencial, qualificação do pessoal técnico-administrativo e modernização da organização, seus sistemas e métodos de trabalho.

A estrutura administrativa deve ser modernizada através de um organograma de departamentalização funcional, distribuindo as tarefas de forma adequada, e da organização de grupos-tarefa intersetoriais, atuando por projetos, para rever os procedimentos, regras e regulamentos, caminhando em direção ao exercício da organização matricial.

Prioritário deve ser um plano de desenvolvimento de recursos humanos, com os objetivos de dotar o Hospital de pessoal adequado, racionalmente distribuído com base na ergonomia dos postos de trabalho e de propiciar aos trabalhadores condições de treinamento e desenvolvimento como profissional e pessoa, com autonomia para construir ativamente, um bom ambiente de trabalho. Novos campos, responsabilidades e oportunidades devem ser abertos aos profissionais médicos e não-médicos.

É necessário proceder-se à racionalização das compras, dos materiais utilizados, dos estoques e dos consumos através de uma comissão multisetorial especificamente estabelecida para este fim.

A administração financeira deve ser apoiada, aperfeiçoados os mecanismos de faturamento e otimizados os fluxos de caixa, substituindo despesas financeiras por receitas financeiras.

As instalações e equipamentos devem ser recuperados permanentemente, priorizando-se os itens que comprometem outros (telhados, por exemplo) e os que produzem desperdícios (vazamentos) ou risco (caldeiras). Devem existir planos diretores de obras, equipamentos e informática para nortear os investimentos nessas áreas e evitar pulverização e aplicação aleatória de recursos. Um percentual pré-fixado das receitas deve ser destinado, compulsoriamente a investimento nestes planos diretores, além de se buscar, mediante convênios, fontes alternativas de recursos.

Os recursos assistenciais (leitos hospitalares, consultórios, salas de cirurgia, equipamentos de diagnóstico e terapêutica) devem ser utilizados em nível máximo de produtividade. Um esforço constante deve ser empenhado, atentando para os elementos que comprometam os pontos de equilíbrio (produtividade/qualidade) de cada serviço do Hospital.

Mecanismos de auditoria e controles internos são essenciais à gestão hospitalar e devem ser sistematizados e desenvolvidos em todas as áreas e serviços.

Administração Participativa Responsável, Essência do Desenvolvimento Equilibrado

A direção não pode se manter isolada no processo de gerenciar o hospital. Como as conseqüências administrativas repercutem sobre toda a instituição e seus membros, como todos têm algo a oferecer ao aperfeiçoamento do Hospital e porque todos devem estar comprometidos com os destinos da instituição, sendo por ela co-responsáveis, a administração deve ser aberta: um processo participativo.

O hospital é construído por todos juntos e ele será aquilo que sua comunidade, em conjunto, desejar e for capaz de fazer dele.

Gestão participativa responsável significa:

- um Conselho de Administração atuante, reunindo-se regularmente mediante calendário preestabelecido para todo o ano. Um Conselho com caráter consultivo, exceto para as questões estratégicas quando atuará como órgão deliberativo. Deverão participar do Conselho de Administração, além dos Diretores do Hospital, o Diretor do Setor de Ciências da Saúde, os Chefes dos Departamentos que atuam no Hospital e representantes, eleitos por seus pares, dos estudantes de graduação, dos estudantes de pós-graduação e dos funcionários;

- encontros periódicos, abertos e pré-programados, do Diretor Geral com a Comunidade (funcionários, alunos, médicos residentes e professores) destinados a prestar informações, ouvir queixas, detectar problemas, colher sugestões;

- encontros de Chefias periódicos, com todos os gerentes de área para homogeneizar linguagem, conhecimentos e percepções e buscar, em conjunto, a solução de problemas;

- reuniões periódicas dos gerentes de área com suas equipes para discutir problemas, buscar soluções e administrar conflitos, os quais devem ser entendidos como parte normal das tarefas gerenciais.

Gestão participativa responsável é, ainda:

- responsabilidade de todos que participam não só trazendo críticas, mas, também, propostas concretas, e assumindo parcelas de compromisso na construção das soluções;

- sentirem-se todos responsáveis pelo trabalho de todos e colaborarem entre si;

- melhorar ao máximo possível as comunicações, fomentando a circulação de informações através de murais, jornais e circulares, bem como pelo uso amplo de caixas de sugestões.

Gestão participativa responsável é, também, fomentar intercâmbios e parcerias com organizações governamentais e não-governamentais da cidade, do Estado e do país; com outras instituições de assistência médica, ensino e pesquisa do país e do exterior; com associações da comunidade, empresas, sindicatos e clubes de serviço. É integrar a sociedade à vida do Hospital e integrar o Hospital à vida da sociedade. É organizar um Serviço de Voluntariado, não só com o intuito de humanizar o atendimento e induzir melhora da qualidade dos serviços mas, também, como forma de abrir o Hospital à participação da comunidade. É utilizar os meios de comunicação de massa difundindo a importância do hospital a toda a população e fazê-lo propriedade e responsabilidade de todos.

O clareamento dos elementos do novo paradigma acima referidos e a real dimensão de seus significados, deu-se na prática concreta de seus pressupostos, através de um processo coletivo, em que toda a comunidade hospitalar participou. Sem dúvida, o principal fator de êxito da administração 1986-1990 foi a participação comunitária.

A visão holística e o entendimento do hospital como um ser vivo, de pessoas, por exemplo, duas crenças fundamentais do novo paradigma, eram noções quase intuitivas no início de nossa gestão que se foram percebendo, com nitidez progressiva, apenas ao longo do tempo e de sua observância. Conhecíamos o trabalho de Thomas Kuhn (24) mas não conhecíamos, à época, Sorokin ou Capra. A base ideacional original que alimentou estas crenças advinha de *O Profeta*, de Gibran Kalil Gibran (18), *Uma breve história do tempo*, de Stephen Hawking (22), *Cosmos*, de Carl Sagan (32) e do *Bhagavad Gita* (31).

Se tais pensamentos não estavam organizados como pressupostos estruturados, entretanto, nem eram verbalizados, de início, como teorias formais, estiveram sempre presentes no ideário coletivo. E ficava cada vez mais claro, no exercício da administração, que o Hospital era mais do que os 50.000 metros quadrados de seus edifícios, do que os seus 500 leitos e seus milhares de equipamentos e materiais. Era evidente que ele possuía uma *psiqué* (sua massa crítica), a pulsação de um ânimo vital (o biorritmo da sua comunidade), uma vida de relações (suas interações com a sociedade e outras organizações) e uma alma (sua transcendência temporal e espacial aos que estavam ali, então). Percebia-se, cada vez mais, o Hospital como ser vivente, cujas partes compunham um todo que fazia parte de um todo maior.

A holística era, ademais, essencial, na prática, para juntar tudo que estava separado pelas intermináveis discussões acadêmicas de corte cartesiano: assistência médica ou ensino ou pesquisa; financiamento por verba ou receita ou parcerias; autoridade docente ou administrativa. Tais discussões, tão relevantes quanto inúteis, atrasaram muito o Hospital. Era, portanto, absolutamente necessário substituí-las por uma prática agregadora, aditiva, que integrasse harmonicamente todas as partes e natureza daquele ser complexo, todas as peças daquela gigantesca máquina, todos os instrumentos daquela fantástica orquestra, todos os bairros daquela pequena cidade, todos os anseios daquela grande família, todos os papéis daquele teatro da vida e mais a transcendência, o seu espírito.

A vivificação do Hospital, além de constatação verdadeira, era essencial a sua humanização. Reconhecer que o Hospital é uma organização de pessoas, uma equipe multiprofissional produzindo bens e serviços para pessoas (usuários), era essencial para percebê-lo como nós, ao invés de entendê-lo como patrimônio do governo. Era essencial para construí-lo como espaço de encontro e não como lugar de castigo. Era essencial para fazê-lo lugar de saúde e vida e não ambiente de doença e morte. Era essencial para construir o verdadeiro sentido do trabalho e descartar a velha visão mecanicista do homem-cavalo a vapor. Era essencial para percebê-lo como conjunto de funções sociais, e não como prédios, servidores, máquinas e equipamentos.

A percepção dos compromissos sociais como sendo o sentido maior do Hospital, embora aparentemente óbvia, era pouco internalizada. Não era incorporada à prática da operação do Hospital ou de sua administração. As greves, que felizmente reduziram-se em frequência e

intensidade neste período de administração eram uma evidência deste lapso de entendimento. Elas pretendiam ser contra o governo mas atingiam, de fato, a sociedade. As filas eram outro indicador de baixa percepção ou preocupação com os compromissos sociais. Não era falta de conhecimento ou comiseração com a crítica situação social: *Brasil, Reforma ou Caos*, de Hélio Jaguaribe (23), era conhecido, estudado e citado em tertúlias acadêmicas, e se nem isto houvesse, havia a mensagem estampada claramente, como até hoje, infelizmente, nos corredores dos ambulatórios do Hospital. Foi, portanto, importante, que a comunidade refletisse constantemente sobre este ponto: O Hospital como um conjunto de compromissos com a sociedade; compromissos com os doentes, os estudantes, os médicos residentes, os professores, os funcionários, o entorno, as outras instituições, a própria história do país. Também este conceito incorporou-se ao exercício administrativo, clareou e consolidou-se com o tempo e a prática.

A partir daí, quase como consequência direta, a **excelência** passou a ter concretude, a tomar forma como busca da **qualidade** nos serviços. Deixou de ser um conceito abstrato e retórico e passou a ser concreto. Algo não apenas inerente aos produtos (ao juízo apenas do produtor), mas que deve satisfazer aos usuários, àqueles com quem se tem compromissos. A qualidade nasceu como um anseio inspirado em *Fernão Capelo Gaivota* (3), um livro dedicado às pessoas que se aperfeiçoam pelo simples prazer de fazer bem feito mas à medida em que avançávamos na gestão, a qualidade também ganhava concretude e demonstrava-se, mais do que obrigação, como um fator de êxito para o HC, assim como para qualquer organização.

A interdependência entre **autonomia** e **auto-sustentação** consagrou-se de forma cada vez mais evidente ao longo da gestão. Tornou-se cada vez mais claro que sem auto-sustentação não há autonomia. Claro ficou, também, que sem autonomia não se atinge auto-sustentação. Fomos nos apercebendo, não só a Direção mas toda a comunidade, da importância das receitas próprias e da utilidade da Fundação da Universidade como instrumentos de autonomia e de capacidade para administrar uma instituição de custos crescentes em todo mundo. Compreendeu-se, de forma bastante nítida, que autonomia não se ganha de graça nem se conquista com proselitismo, mas com trabalho, receita e vontade.

A **administração estratégica**, por seu turno, revelou-se extremamente útil como método de definir e construir a vontade a partir do reconhecimento da posição inicial, da missão, objetivos e estratégias, dos fatores de oportunidade e risco do campo estratégico, e dos diferentes cenários possíveis e projetados. *A Arte da Guerra*, de Sun Tzu (8), foi um ponto de partida quase empírico para a adoção desta forma de administrar, depois consubstanciada em textos técnicos de planejamento estratégico e de administração por objetivos (2, 9 e 10).

A adoção do **desenvolvimento organizacional permanente** como alavanca para obtenção do sucesso na assistência médica, ensino e pesquisa foi outro fator comprovado no curso da gestão. Tudo o que se obteve de melhoria nestas áreas finalísticas resultou do desenvolvimento da organização e da administração, de um investimento constante em O,S&M (Organização, Sistemas e Métodos), do treinamento e capacitação profissional e do reaparelhamento das atividades administrativas. Não foi prodígio da administração 1986-1990 criar a tecnologia de desenvolvimento organizacional, assim como também não criou o planejamento ou a administração estratégica. O criativo foi aplicar estas técnicas consagradas ao exercício da administração e confirmá-las, pelos bons resultados obtidos, como elementos paradigmáticos.

De todo modo, se tivéssemos de eleger um fator como principal responsável pelo bom desempenho da Administração 1986-1990, este fator seria, sem dúvida, a **gestão participativa responsável**. Se de todos os pressupostos submetidos a teste apenas um devesse ser considerado paradigmático, a gestão participativa responsável seria este pressuposto pois na seqüência, seguramente, todos os demais seriam recriados e um papel fundamental foi desempenhado, nesse sentido, pelo Conselho de Administração, pelas Reuniões Comunitárias e pelos Encontros de Administração e Chefias.

O Conselho de Administração, reforçado e com a presença não só dos Diretores do Hospital, do Diretor do Setor de Ciências da Saúde e dos Chefes de Departamento de Ensino mas, também, de representantes eleitos dos funcionários, alunos de graduação e alunos de pós graduação, foi um ambiente concreto de convivência explícita dos diferentes interesses e das naturezas aparentemente contraditórias do Hospital. Nos quatro anos da gestão 1986-1990, o Conselho de Administração reuniu-se mais do que nos vinte e cinco anos da sua história pregressa. Reuniu-se sistematicamente, a cada duas semanas, e várias vezes em caráter extraordinário, em situações de crises, que deixaram de ser arrasadoras e tornaram-se administráveis justamente pela ação participativa do Conselho. Fases de dificuldades financeiras ou greves de funcionários e de médicos residentes passaram a ser fenômenos administrativos (27), reduziram seu potencial de estrago, ensinaram e amadureceram as pessoas e a Administração do Hospital.

Mas a importância do Conselho de Administração não se fez sentir apenas na administração dos conflitos. Ela foi fundamental na apreciação, aperfeiçoamento e aprovação dos planos diretores, no acompanhamento da gestão financeira, na harmonização de propostas que competiam pelos mesmos recursos, na covalidação (ou não) de convênios e parcerias, na discussão e maturação de inúmeros temas de relevância ao Hospital.

As Reuniões Comunitárias, que realizaram-se mensalmente, representaram outro espaço democrático de fundamental importância à interação da comunidade hospitalar com sua administração. Todos os meses, uma manhã foi destinada ao diálogo direto entre o Diretor Geral e a comunidade, sendo convidados todos os funcionários, estudantes, professores e médicos residentes. Nestas reuniões, onde costumavam estar presentes os demais Diretores e chefes de seções e serviços do Hospital, a comunidade trouxe seus problemas, questionou e formulou proposições. Nos primeiros meses elas foram enxurradas de queixas. Com o tempo, tornaram-se um fantástico manancial de idéias criativas, algumas geniais. Mesmo quando não trouxeram propostas prontas, suscitaram a criatividade. Transformaram-se, por vezes, em divertidos quebra-cabeças coletivos como, por exemplo, quando se discutiu o sistema de segurança nas portarias do hospital, ou as soluções possíveis para o vestiário dos funcionários, ou o lanche no refeitório. Foram um fantástico laboratório mental, um grande jogo, uma divertida brincadeira de O&M (Organização e Métodos) e de GQT (Gestão de Qualidade Total). Quase sempre houve dois ou três temas de comunicação na pauta, mas o verdadeiramente enriquecedor foi sempre o extrapauta: o que vinha da comunidade, o inesperado.

Ademais de sua contribuição criativa, da disseminação das informações, do fazer com que todos se sentissem parte responsável do processo administrativo, estas reuniões tiveram um importante papel de retro-alimentação e de transparência na condução da gestão hospitalar.

Os Encontros de Administração e Chefias, por seu turno, constituíram-se no mais importante elemento de desenvolvimento organizacional; na construção de uma verdadeira equipe de gerência; na profissionalização da Administração. Reuniram-se, a cada três ou quatro meses, todos os Chefes de Seções, Serviços, Comissões e Diretores do Hospital durante um dia inteiro de sábado, fora do ambiente hospitalar (no mais das vezes na Associação Médica) para discutir e trabalhar os grandes temas da Administração. Eram cem a cento e vinte profissionais reunidos durante um dia inteiro, distantes de suas lides diárias, ajustando vocabulários, entendimentos, sentidos, propostas e ações integradas: do chefe da lavanderia ao chefe da UTI; do chefe da Hemoterapia ao chefe da Pneumologia; do chefe da Manutenção à enfermeira-chefe do Isolamento de Doenças Infecto-Contagiosas.

No primeiro daqueles encontros perguntava-se: “Quem somos nós, HC?”. E houve uma catarse terrível, com acusações recíprocas, críticas, frustrações... Foi um purgatório em todos os sentidos, a partir do qual iniciou-se a construção da nova organização do Hospital.

Tivemos dez Encontros de Administração e Chefias durante nossa gestão, no último dos quais nos despedimos. Neles, discutimos de tudo: desde a missão e os objetivos do Hospital até as relações humanas no trabalho; da administração financeira à comunicação social; da modernização do serviço de nutrição e dietética à identidade visual do Hospital. Em cada Encontro procurávamos distribuir um livro, do *Gerente Minuto* (5) a *Fernão Capelo Gaivota* (03), de *Papéis que Vivemos na Vida* (35) a *Virando a Própria Mesa* (34).

Nos encontros, encontrávamo-nos como gente, como equipe, como Hospital. Nos encontros, consolidamos os sentidos, as crenças, os valores e as técnicas da nossa administração. Nos encontros, transformamos sonhos em projetos e saímos a construí-los.

O Conselho de Administração, as Reuniões Comunitárias e os Encontros de Administração e Chefia como, afinal, o próprio ambiente hospitalar, foram um verdadeiro laboratório de *ciência extraordinária*, onde, a partir de propostas nascidas dos anseios e intuições coletivas, bem como da ciência e da tecnologia em Administração Hospitalar, forjaram-se e consolidaram-se, de 1986 a 1990, os elementos de um novo paradigma à Administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná:

- Visão Holística
- O Hospital um Ser Vivo, de Pessoas;
- Compromissos Sociais, seu Sentido Maior;
- Qualidade, Também Para os Usuários;
- Autodeterminação Pela Auto-sustentação;
- Planejamento Estratégico, Caminho de Desenvolvimento Sustentado;
- Desenvolvimento Organizacional Permanente, Base de Progresso;
- Administração Participativa Responsável, Essência de Desenvolvimento Equilibrado.

Acreditamos que esse conjunto de crenças, valores e técnicas, que demonstrou-se efetivo quando aplicado à administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná durante a gestão 1986-1990 terá igual oportunidade de sucesso se aplicado à administração de qualquer hospital universitário e de qualquer grande hospital brasileiro.

Em 1992, anos depois de encerrada nossa missão frente à Direção Geral do Hospital de Clínicas da UFPR e após dois anos frente à Secretaria Nacional de Assistência à Saúde e à Presidência do INAMPS, tivemos a oportunidade de trabalhar, a convite do Diretor Professor Ruy Archer, como Assessor de Planejamento do Hospital Universitário de Brasília. Verificamos, durante aquela vivência que, através da direção integradora do Professor Ruy Archer, atenta aos compromissos sociais, objetivando a autonomia pela autosuficiência, investindo em desenvolvimento organizacional e praticando administração participativa, um ex-hospital do INAMPS, de natureza estritamente assistencial, totalmente financiado por verbas e em estado de grande decaimento, transformava-se, rapidamente, após duas frustradas tentativas em anos anteriores, num renovado hospital universitário. Ampliava sua atuação em termos de assistência médica, ensino e pesquisa, atingia sua autosuficiência econômica, recuperava suas instalações e renovava seus equipamentos.

Três outros hospitais dentre os seis pertencentes ao INAMPS que cedemos a universidades federais carentes deste equipamento de ensino durante nossa presidência naquele Instituto (os dois cedidos à Universidade Federal do Maranhão e o hospital cedido à Universidade Federal da Paraíba - campus de Campina Grande), adotando alguns dos mesmos pressupostos aplicados no HC-UFPR movimentaram-se também, de situações prévias decadentes, para um novo e mais efetivo estágio de assistência, apoiando, ainda, o ensino e a pesquisa universitária em saúde. Um destino bastante diferente teve a maioria dos hospitais do INAMPS cedidos a Secretarias Estaduais de Saúde que, em sua maioria conservando modelos gerenciais estatais antigos, encontram-se em estado de crise permanente.

Embora não seja objeto desta dissertação, vale registrar que há evidências indicando que os hospitais públicos que ainda conseguem dar as melhores respostas sociais no atual contexto de colapso financeiro por que passa todo o setor saúde, são justamente os hospitais universitários do Ministério da Educação e os hospitais públicos que adotam modelos de gestão modernos, apoiados em um ou mais dos pressupostos descritos nesta dissertação, tais como o INCOR, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (da URGs), o Hospital São Paulo (da Escola Paulista de Medicina), o Hospital de Clínicas da UFMG ou o Hospital Sarah Kubitschek. Há aí, sem dúvida, outro interessante campo a ser pesquisado: um estudo comparado entre desempenho e modelo de gestão dos hospitais universitários do MEC, um confronto entre paradigmas adotados na administração de hospitais universitários, seguramente lançaria novas luzes sobre o tema. Eis aí um campo que se oferece a novos pesquisadores do Mestrado de Medicina Interna da Universidade Federal do Paraná, cuja relevância está expressa nas palavras de Wiliam Osler, um dos criadores da Residência Médica e do moderno ensino e pesquisa em Medicina Interna: “Usai vossos cinco sentidos. A arte de praticar a Medicina somente se aprende com a experiência; não é uma herança nem pode ser revelada. Aprendei a ver, ouvir, palpar e cheirar. Sabei que somente mercê da prática se pode chegar a ser um *expert*. A Medicina se aprende ao lado do enfermo e não na aula. Olhar, raciocinar, comparar e controlar. Porém, primeiro olhar. Dois olhos não vêem igual a mesma coisa, nem os espelhos refletem a mesma imagem. Permiti que a palavra seja vossa escrava, não vossa dona. Vivei na Clínica.”

Sem Administração Hospitalar não há clínica, nem assistência, nem ensino, nem pesquisa. Sem paradigmas humanísticos não há verdadeira Administração Hospitalar.



Foto 20. *O Meio é a Mensagem:* Nova enfermaria de Cirurgia Pediátrica

6. CONCLUSÕES

6.

CONCLUSÕES

1. Os hospitais universitários são instituições compromissadas com a saúde da população. São seus compromissos maiores:

- prestação de assistência, articulada programaticamente ao Sistema Único de Saúde, sob todas as formas, níveis e especialidades possíveis especialmente para procedimentos de alta complexidade;
- formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde em todos os níveis e profissões possíveis, especialmente a nível superior e de pós-graduação;
- desenvolvimento científico e tecnológico através da investigação e pesquisa, especialmente testando, validando, introduzindo ou rejeitando novos procedimentos e métodos, em estado de permanente atualização;
- desempenho de qualidade em padrões de excelência, como referência ou modelo às demais unidades do setor saúde, educação, ciência e tecnologia.

2. Para fazer frente a seus compromissos maiores e porque o ensino e a pesquisa fazem-se precipuamente **em serviço**, os hospitais universitários agregam naturezas diversas, interesses potencialmente conflitantes e múltiplas dinâmicas fortemente interdependentes. Conformam-se como organizações grandes e complexas, multiprofissionais, com multiusuários, milhares de insumos, alto aparato tecnológico e elevados custos. Exigem administração profissional competente, embasada em paradigmas (crenças, valores e técnicas) capazes de promover as condições necessárias ao seu funcionamento com padrões de qualidade voltados à excelência.

3. O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná produziu uma completa restauração de suas condições físicas e funcionais e uma total transformação no estado de ânimo de sua comunidade aplicando, durante a gestão 1986-1990, um conjunto de **políticas** que envolveram:

Política de Modernização Administrativa e Reorganização do Trabalho;
Política de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos;
Política de Valorização das Linhas Profissionais;
Política de Autosustentação Econômica e Administração Financeira;
Política de Readequação Arquitetônica e Administração Predial;
Política de Atualização Tecnológica;
Política de Afirmação da Identidade Institucional;
Política de Comunicação Social;
Política de Participação Comunitária e Relações Interinstitucionais;
Política de Desenvolvimento dos Serviços Assistenciais;
Política de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino;
Política de Apoio ao Desenvolvimento da Pesquisa.

4. As respostas positivas produzidas na organização hospitalar, na assistência, no ensino e na pesquisa em saúde decorreram não somente das políticas adotadas mas, essencialmente, das crenças, valores e técnicas que embasaram estas políticas, covalidaram-se como um novo paradigma à administração do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e podem ser sintetizados como:

Visão Holística;
O Hospital um Ser Vivo, de Pessoas;
Compromissos Sociais, seu Sentido Maior;
Qualidade, Também Para os Usuários;
Autodeterminação Pela Auto-sustentação;
Planejamento Estratégico, Caminho de Desenvolvimento Sustentado;
Desenvolvimento Organizacional Permanente, Base de Progresso;
Administração Participativa Responsável, Essência de Desenvolvimento Equilibrado.

5. A efetividade deste novo paradigma, aplicado com êxito à gestão do Hospital de Clínicas da Universidade do Paraná entre 1986 e 1990, permite propor sua aplicação, e pressupor seu sucesso, em outras instituições similares no país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ALAN DEVER, G. E. **A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Pioneira, 1988.
 02. ANSOFF, H. Igor. **Estratégia Empresarial**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1977.
 03. BACH, Richard. **Fernão Capelo Gaivota**. Rio de Janeiro: Nórdica, 1979.
 04. BETTMANN, Otto L. **A Pictorial History of Medicine**. 4. ed. Springfield : Charles Thomas, 1972.
 05. BLANCHARD, Kenneth; JOHNSON, Spencer. **O Gerente Minuto**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 1985.
 06. CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
 07. CARNEIRO, David. **Nilo Cairo (biografia)**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1984.
 08. CLAVELL, James. **A Arte da Guerra - SUN TZU**. Rio de Janeiro: Record, 1983.
 09. COBRA, Marcos; ZWARG, Flávio A. **Marketing de Serviços**. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.
 10. CONSULTORIA, Lang Bureau. **Gerência por Objetivos**. São Paulo: Esperança.
 11. COSTA, Iseu Affonso da; LIMA, Eduardo Corrêa. **O Ensino da Medicina na Universidade Federal do Paraná**. Curitiba: Editora UFPR, 1992.
 12. ENCICLOPÉDIA Barsa. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1990.
 13. ENCICLOPÉDIA Delta Universal. São Paulo, 1990.
 14. ENCICLOPÉDIA Mirador Internacional. São Paulo: Encyclopaedia Britannica do Brasil, 1990.
 15. EPUC. **A Medicina e sua História**. Rio de Janeiro: Ed. de Publicação Científica.
 16. FELDSTEIN, Martin. **Hospital Costs and Health Insurance**. Cambridge: Harvard University, 1981.
 17. GARRISON, Fielding. **Historia de la Medicina**. 4. ed. México: Interamericana, 1966.
-

18. GIBRAN, Gibran Khalil. **O Profeta**. Rio de Janeiro: Raval, 1971.
 19. GORDON, Noah. **O Físico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.
 20. GRAOF, Stanislav. **Além do Cerebro: Nascimento Morte e Transcendência em Psicoterapia**. 2. ed. São Paulo: Mc Grow-Hill, 1988.
 21. GRAZIANI, Joseph Salvatore. **Arabic Medicine in the Eleventh Century As Represented in the Workes of Ibn Jazlah**. 1. ed. Karachi: MAS, 1980.
 22. HAWKING, Stephen W. **Uma Breve História do Tempo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.
 23. JAGUARIBE, Helio et al. **Brasil: Reforma ou Caos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
 24. KUHN, Thomas S. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.
 25. MAUDONNET, Renato. **Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.
 26. MEGGINSON, Leon; MOSLEY Donald C.; PIETRI Jr., Paul H. **Administração: Conceitos e Aplicações**. São Paulo: Harper, 1986.
 27. MELLO, Ma ldes Alves de. **A Greve no Direito Positivo Brasileiro**. Porto Alegre: Síntese, 1981.
 28. PIRSIG, Robert M. **Zen e a Arte da Manutenção de Motocicletas**. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1991.
 29. REZENDE, Antonio Muniz, et al. **Iniciação Teórica e Prática às Ciências da Educação**. Petrópolis: Vozes, 1979.
 30. RIBEIRO, João Ubaldo. **Viva o Povo Brasileiro**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984
 31. ROHDEN, Huberto. **Bhagavad Gita**. 7 ed. São Paulo: Alvorada, 1984.
 32. SAGAN, Carl. **Cosmos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Artenova, 1982.
 33. SALLES, Pedro. **História da Medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. holan, 1971.
 34. SEMLER, Ricardo. **Virando a Própria Mesa**. 3. ed. São Paulo: Nova cultural, 1988.
-

35. STEINER, Claude. **Os Papéis que Vivemos na Vida**. Rio de Janeiro: Artenova.
 36. TOFLER, Alvin. **A Terceira Onda**. 4a. ed. Porto Alegre: Record, 1980
 37. TURRA, Clodia Maria Godoy; et al. **Planejamento de Ensino e Avaliação**. 9. ed. Porto Alegre: EMMA, 1979.
 38. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Relatório Geral da Universidade Federal do Paraná**. Curitiba, 1913.
 39. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Boletim Administrativo da Universidade Federal do Paraná**. Curitiba, 1986.
 40. WILHELM, Richard. **I Ching**. 3. ed. São Paulo: Pensamento, 1984
-

AOA - Ediarle
266-8402
Curitiba-PR